ÜBER TUBARGRAVIDITÄT.

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG DER
MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE
VORGELEGT DER
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER
ALBERT-LUDWIGS-UNIVERSITÄT
ZU
FREIBURG IM BREISGAU

VON
WILHELM BRÜNN
APPROB. ARZT
AUS
MILOSLAW.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

Freiburg i. B.
Hammerschlag & Kahle G. m. b. H.
1909.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Freiburg i. B.

Dekan: Professor Dr. Straub.

Referent: Professor Dr. Krönig.

Meinen Eltern.

Über die Behandlung der Extrauteringravidität gehen die Ansichten der Gynäkologen noch immer auseinander. Während man sich darüber einig ist, in allen den Fällen die Extrauteringravidität operativ zu behandeln, wo die Schwangerschaft noch in fortschreitender Entwicklung begriffen ist, oder wo es infolge äußeren oder inneren Fruchtkapselaufbruchs zu lebensgefährlichen Blutungen kommt, besteht gerade über die Therapie der Extrauteringravidität mit abgegrenzter Blutung — dem häufigsten Ausgang der ektopischen Schwangerschaft, nach Runge 70 % — noch große Meinungsdifferenz. Die einen empfehlen hier eine exspectative Behandlung, gestützt auf die Tatsache, daß ein großer Teil der Haematocelen dabei glatt ausheilt und die Frauen wieder gesunden, die anderen operieren prinzipiell jeden derartigen Fall und zwar aus folgenden Gründen: Erstens lehrt eine ziemlich häufige klinische Erfahrung, daß trotz deutlich tastbarer Haematocele lebensgefährliche innere Blutungen eintreten können — als deren Ursache Werth und Füth die zerstörende Kraft der in der Tube zurückgebliebenen Langhaus'schen Zellen nachgewiesen haben, zweitens besteht die Möglichkeit, daß die Haematocele verjaucht, drittens, was das wichtigste ist, ist die Mortalität bei dem operativen Verfahren eine außerordentlich geringe, und viertens ist bei der exspectativen Behandlung die nach Fehling durchschnittliche Heilungsdauer von $4^1/_2$ Monaten von einem unheilvollen moralischen und materiellen Einfluß auf die Familie.

Über den Weg der Operation besteht nun auch keine Einigkeit; ein Teil der Gynäkologen bevorzugt den vaginalen Weg, während der größere Teil die Laparatomie vorzieht. Die Freiburger Klinik hält prinzipiell das operative Verfahren und zwar per Laparatomiam für angezeigt.

Sie hat also den Nachweis zu erbringen, daß einerseits die Mortalität beim operativen Verfahren nicht größer ist, als bei der exspectativen Behandlung, daß andererseits der Weg per Laparatomiam nicht verantwortungsvoller ist als der per vaginam. Dazu beizutragen ist der Zweck dieser Arbeit. Im Folgenden sind nun zunächst die Krankengeschichten der zur Operation gekommen Fälle von Extrauteringraviditat angeführt:

Fall 1. K. Louise, Reisendersfrau, 29 J., verheiratet seit 8 Jahren.

Aufgenommen 20. I. 05. Entlassen 28. II. 05.

Klinische Diagnose: Graviditas extrauterina sin.

Anatom. Diagnose: „ „ „

Therapie: 1. II. 05 Salpingectomia sinistra.

Anamnese: Eltern gesund, keine Geschwister. Kinder: 3 gesund, 2 gestorben. Als Kind hat Patientin Keuchhusten gehabt, 12 mal Starrkrampf, 3 mal Diphtherie, 1 mal Scharlach,

Menstruation: Beginn mit 13 Jahren, regelmäßig alle 4 Wochen 5 Tage lang bis zur 1. Geburt immer mit Unterleibsschmerzen. Letzte Regel 23.-28. V. 04. Entbindungen: 5, letzte 12. XI. 03; alle waren Zangengeburten; einige Tage vorher immer Brechen und Fieber. Aborte: 2, letzter Juli 04. Das 1., dreimonatliche Kind ging spontan ab, das 2. mußte geholt werden. Wochenbett o. B.

Im November setzte die Periode aus; Patientin hielt sich aber nicht für schwanger, weil das sonst immer eintretende Erbrechen diesmal ausblieb, 3 Wochen darauf traten abends plötzlich krampfartige Schmerzen im Unterleib auf verbunden mit Erbrechen. Die Schmerzen waren außerordentlich heftig; der hinzugerufene Arzt verordnete Morphiuminjektionen. Am 3. Tage der Erkrankung beobachtete Patientin den Abgang eines hautartigen länglichen Gebildes. Schmerzen und Blutungen haben, wenn auch in vermindertem Grade, bis heute angehalten und die dauernd bettlägerige Patientin äußerst erschöpft.

Status praesens: Blasse Frau in gutem Ernährungszustand. Lunge, Herz o. B. Bauchdecken schlaff, fettarm. Linke Unterleibsgegend auf Druck empfindlich. Man fühlt daselbst einen nicht genau abzugrenzenden Tumor, der sich im kleinen Becken verliert und der r. Darmbeinschaufel aufliegt. Mammae außerordentlich schwach entwickelt. Damm: alte Narben vom Riß II. Grades. Uterus: Portio zapfenförmig annähernd innerhalb der Linea interspinata. Corpus antevertiert etwas dextroponiert, hühnereigroß, derbe Consistenz. Links neben dem Uterus ein fast kindskopfgroßer weicher Tumor; die Geschwulst liegt der Uteruskante breit an, die Abgrenzung ist hier nur durch eine zirkuläre Furche angedeutet. Nach oben ragt der Tumor aus dem kleinen Becken heraus bis in die Höhe der Spina ant. sup.; hinterer Douglas frei. R. Adnexe o. B. Näerer Operationsbericht fehlt.

Klinischer Verlauf: Wunde verheilt reaktionslos. Vom 5. bis zum 9. Tag Fieber bis 38,2 °.

Patientin steht am 17. Tag auf. Abgang des 1. Flatus am 3. Tag auf Rizinus; Urin spontan. Bei der Entlassung bestes Wohlbefinden.

Fall 2. K. Magdalene, Arbeitersfrau, 32 Jahre. Aufgenommen 31. III. 05. Entlassen 19. IV. 05. Erfolg: geheilt.

Klin. Diagnose: Graviditas, extrauterina dextr.

Anatom. Diagnose: Graviditas tubaria dextr.

Therapie: 3. IV. Salpingectomia dextr.

Anamnese: Vater gestorben an Pneumonie; Mutter gesund. Geschwister 4 gesund. Kinder 3 gesund. Ehemann gesund. Chlorose seit dem 15. Jahre.

Beginn der Menstruation mit 15 Jahren, regelmäßig alle 3 Wochen 5—6 Tage ohne Schmerz. Letzte Regel vor 5 Wochen, noch jetzt bestehend. Entbindungen: 3 (letzte Januar 03).

Aborte keine; Wochenbett s. u. Seit 3 Wochen klagt Pat. über Schmerzen im Unterleib, seit 5 Wochen über Kreuzschmerzen. Druckgefühl nach unten. Krämpfe im Unterleib sind wehenartig, 4—5 mal täglich, dauern ½ Stunde, sind am Anfang sehr heftig gewesen. Mit der Blutung gehen Stücke ab. 3 fieberhafte Entbindungen, 1 davon Steißlage.

Status praesens: Patientin mittelgroß von blasser Gesichtsfarbe und schlechtem Ernährungszustand.

Über der rechten Lungenspitze Rasseln. Herz o. B.

Bauchdecken weich. Oberhalb der Symphyse fühlt man — hauptsächlich nach links hin — bei tiefem Eindrücken im Beckeneingang einen weichen Tumor, der auf Druck sehr empfindlich ist und sich nach unten im kleinen Becken verliert.

Mammae: Fettsubstanz wenig, Drüsensubstanz wenig, Warzenhof gut pigmentiert; Warzen schlecht abgesetzt. Inhalt Colostrium Mongom. Drüsen nicht sichtbar.

Vulva: Gr. Schamlippen fettreich; kl. Schamlippen nicht prominent; Damm intakt. Introitus geschlossen.

Uterus ohne Reiz, Bartholinische Drüsen o. B., Uterus, Portio zapfenförmig, Orif. extern. für Fingerkuppe durchgängig.

Corpus anteponiert, wenig beweglich, derb, hühnereigroß. Der hintere Douglas und das obere Scheidengewölbe ziemlich stark vorgebuchtet von einem gut faustgroßen Tumor, welcher der hinteren Uteruswand breit anliegt; die Geschwulst ist von weicher in einzelnen Stellen fluctuierender Consistenz. Eine Abgrenzung des Tumors gegen die rechte Beckenwand ist nicht möglich; auf der linken Seite kann man gut zwischen Geschwulst und knöcherne Beckenwand eindringen.

Verlauf der Operation: Operation wird in Chloroform-Äther-Narkose ausgeführt.

Beginn 12^{05}. Eröffnung des Peritonaeums.

12^{07}. Beim Eröffnen des Abdomens zeigt sich ein weicher hühnereigroßer Uterus anteponiert, dahinter mehrere Darmschlingen verwachsen. Bei der Lösung entleert sich teerartiges, halbgeronnenes Blut, das aufgetupft wird. Danach präsentiert sich auf der rechten Seite eine gänseeigroße Schwellung, in welche die Tube übergeht. Beim Versuch sie hervorzuziehen, bricht man ein und es entleert sich aus der Geschwulst eine wallnußgroße blutdurchsetzte Masse. Es lassen sich aus der Tiefe der Becken jetzt noch größere Mengen geronnenen Blutes austupfen. Nach dem Austupfen sieht man in der Tiefe des Douglas, wo eine Adhaesionsmembran losgerissen, ist eine kleine Blutung, die durch Catgutknopfnaht zum Stehen gebracht wird. Povisor. Tamponade mit Xeroformgaze. Rechtes Ovarium an der Hinterfläche verwachsen. R. Tube griffeldick verklebt. Unterstechung der Tube in der Mitte des sackartigen Endes; abgetragen unter Erhaltung des Ovariums. Ein Stückchen Tuben-

schleimhaut bleibt auf dem Ovarium sitzen. Über die Abtragungsstelle am lig. lat. und am Eierstock werden Catgutknopfnähte gelegt. Bei der Entfernung der Xeroformgazetamponade zeigt sich das Wundbett absolut trocken. Nun wird der Wundraum im Douglas nach der Bauchhöhle zu durch Nähte geschlossen, welche teils an die flottierenden Appendices, teils an den medialen Rand der Tube, teils an den Rand des rechten Ovariums, teils an die Hinterfläche des Uterus gehen. Lateralwärts wird eine Peritonaealfalte an das Ovarium herangezogen. Schluß des Peritonae. 12^{45}. Schluß der Operation 1 Uhr.

Klin. Verlauf: Am zweiten Tag post. op. trat Fieber bis 38,7 auf. Schmerzen im Unterleib. Alle Beschwerden verlieren sich am nächsten Tag. Abgang des 1. Flatus am 2. Tag auf Einlauf; Pat. mußte einen Tag katheterisiert werden. Aufgestanden am 12. Tag. Wunde reaktionslos vernarbt. Ohne Beschwerden entlassen.

Fall 3. H. Therese, Schreinerswitwe 41 J. Verheiratet seit 22 J., verwitwet seit 8 J.

Aufgenommen am 7. VI. 05. Entlassen am 22. VII. 05. Erfolg: geheilt.

Klin. Diagnose: Pyosalpinx septica sin. post. abortum.

Anatom. Diagnose: Graviditas tubaria sin.

Therapie: Salpingectomia sin. Appendektomie 27. VI.

Anamnese: Mutter $^3/_4$ Jahre kränklich, dann gestorben. Vater an Blasenstein mehrmals operiert. Geschwister: 1 Bruder, lebt, gesund. Kinder 5, leben gesund. Ehemann an Kehlkopfschwindsucht gestorben. Pat. war nie krank.

Menstruation: Beginn mit 14 Jahren, regelmäßig in 4-wöchentlichem Intervall. Nach der ersten Ge-

burt schwächer, 3—4 Tage lang ohne Schmerzen. Letzte Menstruation am 7. März.

Entbindungen: 8, letzte vor 3 Jahren spontan. Stuhl und Urin o. B.

Am 7. März kam die Periode zum richtigen Termin. Nächste Periode setzte aus. Nach 8wöchentlichem Intervall zeigte sich schwacher Blutabgang, der 2 Tage anhielt. Am 3. Tage traten plötzlich sehr heftige krampfartige Schmerzen auf. Gleichzeitig wurde ein dreieckiges ungefähr handtellergroßes Gebilde ausgestoßen, worauf die Schmerzen sistierten. Seitdem ununterbrochen blutiger Ausfluß in wechselnder Menge. Am Freitag den 3. Juni treten ganz plötzlich (im Anschluß an genossenes kaltes Bier) wieder heftige krampfartige Schmerzen auf, die sich im Verlauf der nächsten 24 Stunden noch steigerten. Nach Bettruhe hörten die Schmerzen auf; am Montag trat dann Fieber und Frost auf.

Status praesens: Mittelgroße, mäßig muskelöse Frau mit reichlichem Fettpolster, besonders auf dem Abdomen. Hautfarbe etwas gerötet, nicht anaemisch. Lunge, Herz, Abdomen o. B.

Mammae: Fettsubstanz überwiegt, Drüsensubstanz sehr spärlich, Warzenhof talergroß, pigmentiert, Warzen flach, ausgesprochene Hypoplasie.

Vulva: Große Schamlippen gewulstet, fettreich. Kleine Schamlippen groß, gelappt.

Vagina: Schleimhaut gut gerötet. Kanal weit. Auflockerung angedeutet. Sekret blutiger Schleim.

Uterus: Portio flach, zapfenförmig unterhalb der Linea spinata. Orificium externum quergespalten. Links neben dem Uterus bis zur Beckenwand reichend ein faustgroßer Tumor, der sich dem Uterus breit anlegt und mit ihm zusammen ein Ganzes bildet. Consistenz ist derb bis derbweich. Vor dem Uterus

hinziehend ein zungenförmiger glatter Strang, der sich nach links in einen Tumor verliert und anfänglich für den anteflekt. gut abgrenzbaren Uterus gehalten wird. Die Gegend der rechten Adnexe ist weich. Weiteres läßt sich infolge Spannung der Bauchdecken nicht palpieren.

Operation: Beginn 11^{50}. Eröffung des Peritonaeums. 11^{55}. Die Operation wird in Chloroform-Äther-Narkose ausgeführt. Uterus ist verdeckt durch Adhaesionen zwischen Blase, Naht und Mastdarm. Dazwischen altes Blut. Die Verwachsungen werden gelöst; linke Tube ebenfalls gelöst. Ihr abdominelles Ende ist in einen hühnereigroßen Tumor verwandelt. Die Tube selbst ist verschlossen. Unterstechung der Tube. Unterstechung des ligamentum infundibulopelvic. wobei eine Serocele angestochen wird. Die Mesosalpinx wird abgetragen, Tubenstumpf und Ovarialstumpf werden vernäht. Rechte Adnexe sind frei, Douglas frei. Eine Haematocele findet sich nicht mehr. Die Stelle, an der die Tube mit dem Uterus verwachsen war, wird noch einmal unterstochen. Provisorische Tamponade der Adhaesionen. Appendix entfernt. Schluß des Peritonaeum: 12^{20}. Schluß der Operation: 12^{25}.

Klin. Verlauf: Nach dem Erwachen noch einmal Erbrechen. Am 2. Tag Abendtemperatur 38,5, in den nächsten Tagen 37,8. Mußte 2 Tage katheterisiert werden. Abgang des 1. Flatus am 2. Tage. Steht am 10. Tage auf. Bauchwunde verheilt glatt.

Fall 4. H. Josephine, Dienersfrau 26 J. Verheiratet seit Oktober 1904.

Aufgenommen: 11. VII. 05. Entlassen 29. VII. Erfolg: geheilt.

Klin. Diagnose: Graviditas tubaria sin.

Anatom. Diagnose: Ebenso.

Therapie: 14. VII. Salpingectomia sin. Appendectomia.

Anamnese: Eltern gesund. Geschwister 7, 1 gestorben an Kehlkopfschwindsucht. Kinder 2 gesund, Ehemann gesund.

Menstruation: Beginn mit 15 J.; alle 4 Wochen regelmäßig, 8 Tage lang. Zwischen 15 und 20 J. war Patientin bleichsüchtig, damals Regel nicht immer regelmäßig. Entbindungen 2, letzte Januar 05. Die erste war eine Zange, die zweite spontan. Aborte 2. Wochenbett fieberfrei. Stuhl seit 3 Wochen angehalten. Seit 3 Wochen krampfartige Zusammenziehungen im Unterleib, dann im Kreuz. Am 12. Juni plötzlich Abgang von Blut, 8 Tage später Abgang von Blut und einer fetzigen Haut, dann Blutung 3 Tage gestanden, seitdem wieder vorhanden.

Status praesens: Große leidlich kräftig gebaute Frau mit etwas leidendem Gesichtsausdruck. Chloasma uterinum. Lunge, Herz o. B.

Mammae: Geringe Fett-, gute Drüsensubstanz, Warzenhof pigmentiert, Warzen gut abgesetzt.

Inhalt: Colostrum.

Vagina: Schleimhaut bläulich-rot, aufgelockert.

Sekret: blutig.

Uterus: Portio zapfenförmig, aufgelockert in d. Lin. intersp. Tube, Ovarium r. o. B. l. Tube und l. Ovarium in einem gänseeigroßen Tumor neben dem Uterus verwandelt.

Verlauf der Operation: Chloroform-Äther-Narkose im Scopolamin-Dämmerschlaf. Beginn der Operation 11^{22}. Eröffnung der Bauchhöhle 11^{25}. Blut in der Bauchhöhle. Uterus wird vorgezogen, die l. Tube ist stark geschlängelt, nach hinten geschlagen, keilartig verdickt. Der Tubentumor wird aus seinen

Verwachsungen gelöst derartig, daß das Ovarium, das breit mit ihm verwachsen ist, zurückgelassen wird. Abtragen des Tumors von der Mesosalpinx und zurücklassen eines 3 cm langen Tubenstumpfes. Versorgung der Mesosalpinx mit Knopfnähten und Vernähung der ovariellen Wunde ebenfalls mit Knopfnähten zum Teil mit Catgut-Umstechung. Nachdem die Blutung im Ovarium steht, wird der Ovarialschnittrand mit dem Mesosalpinxschnittrand vernäht. R. Tube offen. R. Ovarium klein, beweglich. Entfernung der prov. Tamponade, die völlig trocken ist. Schluß des Peritonaeums 11^{50}. Operationsschluß 11^{57}.

Klin. Verlauf: Keine Schmerzen; am 1. Tage Temperatur Ab. 37,8, am 2. Tage 37,6, am 3. Tage 38°, geht dann zur Norm herunter. Abgang des 1. Flatus am 6. Tag, aufgestanden am 8. Tag p. op. Wunde reaktionslos verheilt. Bei bestem Allgemeinbefinden entlassen.

Fall 5. G. Magdalene, Landwirtsfrau 35 Jahr. Verheiratet seit 1893.

Aufgenommen 17. IV. 05. Entlassen 4. XI. 05. Erfolg: geheilt.

Klin. Diagnose: Geplatzte Tubargravidität.

Anatom. Diagnose: Desgleichen.

Therapie: 17. IX. Salpingo-oophorectomia dextr.

Anamnese: Vater gestorben an Phthise; Mutter zehrt ab, liegt ein Jahr magenleidend zu Bett. Geschwister 2 gesund. Kinder —. Ehemann gesund.

Beginn der Menstruation mit 16 Jahren, immer regelmäßig, alle 4 Wochen 2 Tage dauernd, ziemlich stark ohne besondere Beschwerden. Letzte Menstruation vor 6 Wochen.

Stuhl: immer fest, alle 3—4 Tage.

Urin: Beim Urinieren seit 6—7 Wochen Brennen,

in letzter Zeit Schmerzen im Unterleib; Pat. muß viel schlafen. Pat. nimmt an, daß sie seit ungefähr 7 Wochen in anderen Umständen sich befindet. Die Periode ist seit dieser Zeit ausgeblieben, nur stellen sich in der siebenten Woche Blutungen ein, die zunächst 8 Tage dauerten, dann wieder einige Tage aussetzten, um dann wieder zu kommen. Freitag den 15. IX. verspürte Pat. Schmerzen im Unterleib und After. Samstag den 16. IX. war Pat. wieder auf dem Markt, bekam dann auch einmal starke Schmerzen in der Nabelgegend, sie ließ Wasser, worauf sie sich etwas erleichtert fühlte. Samstag abend steigerten sich die Schmerzen außerordentlich und es trat Erbrechen auf. Sie war nicht mehr fähig auf zu sein, legte sich zu Bett und bekam noch mehr Schmerzen und starke Schwäche. Diese Erscheinungen steigerten sich noch. Ein Arzt verordnete sofortige Überführung, pulslos wurde sie in der Klinik eingeliefert.

Das Abdomen ist aufgetrieben und bei der Palpation äußerst schmerzhaft, so daß eine genauere Untersuchung nicht ausgeführt werden kann. An den abhängigen Partien deutlich Dämpfung, welche fast bis zum Nabel reicht. Die Punktion nach Entleerung der Blase oberhalb des Poupartschen Bandes ergibt flüssiges hell-rotes Blut. Sofort Operation.

Verlauf der Operation: Op. wird in Chloroform-Äther-Narkose ausgeführt. Beginn 2^{45}. Eröffnung in der Mittellinie. Durch das Peritonaeum schimmert bläulich Blut durch. Bei der Eröffnung entleert sich massenhaft hellrotes Blut, ca. $^1/_2$ Liter mit Blutgerinseln. Die rechten veränderten Adnexe werden abgeklemmt und abgetragen. Umstechung der Spermaticalgefäße und der Arteria ovarica, sowie der blutenden Gefäße des lig. latum. Blutung steht. Austupfen der Bauchhöhle bis unter die Leber. Linker Adnex

ohne makroskopisch sichtbare Veränderungen. Peritonaeum vernäht 3^{05}.

Sofortige Infusion von 800 ccm Kochsalzlösung. Nur mit großer Mühe, mit mehreren Kochsalzinjektionen, mit fortgesetzten Sauerstoffinhalationen mit vielen Kampferspritzen, Herzmassage, Kopftieflagerung gelingt es die Pat. am Leben zu erhalten. Sie erholt sich allmählich. Die Wunde beginnt jedoch zu eitern. Bauchdeckenabceß. Doch auch dies geht zurück. Die Pat. steht am 41. Tage auf und wird geheilt entlassen.

Fall 6. G. Marie, Installateurfrau, 31 J. Verheiratet seit 3 Jahren.

Aufgenommen am 3. X. 05. Entlassen 21. X. 05. Erfolg: geheilt.

Klin. Diagnose: Kystoma ovarii sin. Tumor tbc. ovar. dextr.

Anatom. Diagnose: Kystoma multif. ov. sin. Graviditas tub. dextr.

Therapie: 5. X. 05. Salpingectomia dextr. Ovariotomia sin. Appendektomia.

Anamnese: Vater an Lungenentzündung gestorben. Todesursache der Mutter unbekannt. Von den Geschwistern 1 an Phthise gestorben, 3 leben gesund. Kinder 1 gesund. Ehemann gesund. Pat. ist nie krank gewesen; 1902 in hiesiger Frauenklinik 3 Wochen nach 1 Partus, ausgekratzt.

Menstruation: Beginn mit 17 Jahren, regelmäßig alle 4 Wochen, 3—4 Tage dauernd, ziemlich stark anfangs mit Krämpfen im Kreuz. Letzte Menstruation vor 5 Wochen.

Entbindungen: 1 spontan (1902). Kein Abort. Wochenbett fieberfrei.

Stuhl immer unregelmäßig und Verstopfung. Urin

ohne Beschwerden. Schmerzen im Unterleib seit 3 Wochen von beiden Seiten gegen die Mitte ziehend.

Vor 5 Wochen hatte Pat. die letzte Regel. Vor 14 Tagen wurde der Pat. plötzlich schwarz vor den Augen. Sie mußte an die frische Luft; zugleich ging Blut ab. Seitdem blutet Pat. mit geringen Unterbrechungen dauernd. Ob Fetzen und Häutchen mitgegangen sind, weiß Pat. nicht anzugeben. Beim ersten Anfall hatte Pat. auch starke Schmerzen. Sie glaubte, es reiße alles zusammen.

Status praesens: Große, gracil gebaute Frau in gutem Ernährungszustand, stark anaemisch. Lunge und Herz o. B. Leber, Milz und Nieren sind nicht zu tasten.

Mammae: Fettsubstanz gering. Drüsensubstanz gut entwickelt. Warzenhof blaß bräunlich. Warzen gut abgesetzt. Mammae schlaff pendelnd.

Vulva: Große Schamlippen wenig entwickelt, ebenso die kleinen Schamlippen. Damm intakt. Ansatz der Genitalien hoch am Schambogen.

Vagina: Schleimhaut blaßrot, gering aufgelockert, Sekret blutigserös.

Uterus: Portio zapfenförmig innerhalb der Linea interspinata. Corpus anteflektiert, beweglich, nicht vergrößert, mäßig derb.

Rechte Tube schlank, Ovar. fast taubeneigroß, am abdominalen Ende anscheinend mit der Tube verwachsen. Linke Tube mit ihrem uterinen Teil schlank, dann nicht mehr zu tasten, ebenso nicht das Ovar. Dagegen ist links ein mittelapfelgroßer, prallelastischer, gut abgrenzbarer Tumor zu fühlen.

Operation: Beginn 7^{24}. Eröffnung des Peritonaeums 7^{34}. In der Bauchhöhle zeigt sich dunkles, schwarzes Blut. Der Uterus wird hervorgezogen; dann werden zunächst die linken Adnexe hervorgehoben.

Es zeigt sich eine mittelgroße Ovarialcyste, die beim Hervorziehen platzt. Das ganze linke Ovarium ist cystisch degeneriert und zeigt eine starke verdickte Tunica albuginea. Der Pavillon der linken Tube ist offen. Dann werden die rechten Adnexe hervorgezogen; dabei zeigt sich, daß die Tube an ihrem uterinen Ende klein bleistiftdick ist, dann aber in eine über kleinfingerdicke Schwellung übergeht. Aus ihrem abdominellen Ende ragen aus der Tube Blutcoagula älteren und jüngeren Datums hervor, durch die die Tube mit dem Ovarium verklebt ist. Die Blutcoagula werden zum Teil gelöst, die Tube dadurch mobilisiert und in Partien abgebunden. Dann wird das rechte Ovarium von den anheftenden Blutcoagulis befreit und an seinem unteren Pol wegen kleiner parenchymatöser Blutungen mit einer fortlaufenden Catgutnaht übernäht. Hierauf wird der Tubenstumpf durch Vernähen des Peritonealblattes (lateralen) mit dem Ovarium peritonisiert. Dann wird das linke Ovarium abgetragen und der entstandene Stumpf unterbunden. Um eine leichtere Wanderung des Eies zu ermöglichen, wird der Pavillon der linken Tube und der Uterus möglichst nahe dem rechten Ovarium aufgehängt. Abtragung des Appendix. Schluß der Operation 8^{39}.

Die Operation wurde in Lumbalanaesthesie im Scopolamin-Dämmerzustand vorgenommen.

Klinischer Verlauf: Pat. muß nach der Operation katheterisiert werden. Am zweiten Tage Temperatur 38,2. Abgang des 1. Flatus am 2. Tage. Aufgestanden am 8. Tage. Operationswunde gut verheilt.

Fall 7. Z. Magdalene, Lokomotivführerfrau, 33 J., 7 Jahre verheiratet.

Aufgenommen am 30. I. 06. Entlassen am 18. II. 06. Erfolg: geheilt.

Klin. Diagnose: Haematometra im rudimentären Nebenhorn (Tubarabort rechts).

Anatom. Diagnose: Graviditas tubaria dextra (Tubarabort).

Therapie: Salpingectomia dextra 1. II. 06.

Anamnese: Eltern leben. Gestorben 1 Bruder mit 20 Jahren an Hirnschlag. 3 Geschwister gesund. Pat. hatte Scharlach in der Jugend.

Menstruation: Mit 19 Jahren in ganz unregelmäßigen Intervallen von 4 Wochen bis 5 Monaten, 5—6 Tage lang, am 1. Tage mit Unterleibskrämpfen verbunden. Letzte Menstruation 24. XII. — 24. I., fast beständig Blut.

Stuhl regelmäßig, in letzter Zeit Schmerz dabei.

Urin: Blasenkrampf in den ersten 14 Tagen der Blutung. Seit der Heirat sind die menstruellen Intervalle länger als zuvor, meist 2—3 Monate. Nachdem im September eine normale Menstruation sich gezeigt hatte, trat die nächste am 24. XII. während eines Spazierganges mit heftigen Unterleibskrämpfen von $^1/_2$ stündiger Dauer ein. Darauf Abgang von Stücken, festem Gerinsel und Nachlaß der Schmerzen.

Im Unterschied zu früher hielt die Blutung acht Tage an. Nach 8 Tagen Pause Wiederauftreten der Blutung, diesmal mit geringen krampfartigen Schmerzen. Der hinzugezogene Arzt verordnete ohne Erfolg Pulver. Die Blutung hielt mit kurzen Unterbrechungen bis heute 24. Januar d. J. an. Als Folge davon zunehmende Schwäche, leichte Erregbarkeit.

Status praesens; Gut genährte, etwas blasse Frau. Lunge und Herz o. B. Abdomen weich. Bauchdecke ziemlich fettreich. Nirgends abnorme Druckempfindlichkeit.

Mammae: Fettsubstanz reichlich. Drüsensubstanz leidlich. Warzenhof groß, blaß. Warzen abstehend.

Vulva: Große Schamlippen gut gewulstet. Kleine Schamlippen wohlgebildet, verdeckt. Damm intakt. Introitus vaginae geschlossen.

Vagina: Schleimhaut blaßrot. Auflockerung fehlt. Vagina 10—12 cm tief, Schleimhaut gut gefaltet.

Uterus: Portio konisch, etwas anteponiert und descendiert. Corpus sinistrovertiert gestreckt verlaufend. Fundus wegen Dicke der Bauchwand nicht sicher abzugrenzen. Größe entspricht der Norm, für eine Nullipara entschieden gut entwickelter Uterus. Vom rechten Scheidengewölbe aus, dasselbe ganz wenig vorbuchtend, der untere Pol eines parallelen, über pflaumengroßen Tumors mit glatter Oberfläche zu tasten. Vom Rectum aus läßt sich konstatieren, daß dieser Tumor der rechten Uteruskante breit aufsitzt, von dieser durch eine seichte Furche abgesetzt, nach der seitlichen Beckenwand hin verläuft dem Beckenboden adhaerent ist. Nach oben ist keine Abgrenzung möglich. Adnexe nicht isoliert zu tasten.

Operation: Beginn 11^{56}. Es wurde Chloroform-Äthernarkose angewandt. 12 cm langer, suprasymphysärer Querschnitt. Fassen der spritzenden Gefäße. Quere Durchtrennung der Fascien. Abpräparierung nach oben und unten. Umstechung der spritzenden Hautgefäße. Anknüpfung der Fascien oberhalb des Nabels und oberhalb der Symphyse. Durchtrennen der Muskeln in der Linea alba und Eröffnung des Peritonaeums 12 h. In der Bauchhöhle findet sich etwas altes Blut. Rechts neben dem Uterus alte Blutmassen. Uterus wird angeheftet und vorgezogen. Das abdominale Ende der rechten Tube ist geöffnet und von alten Blutkoagula umgeben. An der rechten Tube werden ca. 5 cm abgetragen. Der Tubenstumpf wird doppelt unterbunden. Linke Adnexe liegen frei. Im Douglas alte veränderte Coagula, die ausgetupft werden.

Provisorische Tamponade des Douglas mit Xeroformgaze. Schluß der Operation 12^{20}.

Klinischer Verlauf: Nach dem Erwachen 1 mal Erbrechen. In den ersten beiden Tagen geringes Fieber. Weiterer Verlauf: fieberfrei.

Wunde glatt verheilt. Am ersten Tage mußte katheterisiert werden. Abgang des 1. Flatus am 3. Tag. Aufgestanden am 7. Tag. Bei bestem Wohlbefinden entlassen.

Fall 8. K. Emma, 22 Jahre, ledig.

Aufgenommen 7. IV. 06. Entlassen 21. IV. 06. Erfolg: geheilt.

Klin. Diagnose: Graviditas extrauterina dextra; Appendicitis chronica (Tubarabort).

Anatom. Diagnose: Graviditas extrauterina dextr. Äußerer Fruchtkapselaufbruch. Chron. Appendicitis.

Therapie 11. IV.: Salpingoophorectomia dextr. Appendectomie durch suprasymph. Querschnitt.

Anamnese: Eltern leben, 7 Geschwister, sind gesund. Vor 4 Jahren Darmfieber mit Schmerzen in der r. Seite; war 7 Wochen bettlägerig.

Menstruation begann mit 15 Jahren (war regelmäßig alle 4 Wochen 4—5 Tage lang) zuweilen gehen Stücke ab. Letzte Regel am 25. XII. 05.

Entbindungen: keine; Fehlgeburten: keine.

Stuhl, Urin o. B. In letzter Zeit Erbrechen, Kopfschmerzen, vorübergehender Schwindel, unruhiger Schlaf.

Am 25. XII. hat Patientin zum letzten Mal regelmäßig menstruiert, im Januar zum Periodentermin ganz schwacher Blutabgang; morgens die ganze Zeit hindurch Übelkeit und Erbrechen. Anfangs März schwacher Blutabgang ohne Schmerzen 10 Tage lang,

dann eines Abends plötzlich krampfartige Schmerzen im r. Unterleib: Nach 1 Stunde schwanden die Schmerzen. Seitdem verspürt sie nur ein dauerndes schmerzhaftes Ziehen im Unterleib. Der geringe, intermittierende Blutabgang hat bis heute angehalten.

Status praesens: Guter Allgemeinzustand; keine Anaemie. Lunge, Herz o. B. Leber, Milz, Nieren nicht zu tasten. Abdomen weich, nirgends druckempfindlich, kein Tumor zu fühlen.

Mammae: Fettsubstanz gering, Drüsensubstanz sehr reichlich; Warzenhof zweimarkstückgroß, schwach pigmentiert. Warzen gut abgesetzt. Montgomeryschen Drüsen schwach hervortretend.

Vulva: Große Schamlippen mäßig fettreich. Kleine Schamlippen mäßig entwickelt. Introitus vaginae geschlossen. Urethralmündung o. B. Damm intakt. Hymen eingerissen.

Vagina: Schleimhaut blaßrot, Kanal eng, Auflockerung angedeutet.

Uterus: Portio zapfenförmig, innerhalb der Lin. intersp. Orificium ext. grübchenförmig. Corpus antevertiert, hühnereigroß, beweglich, derb. Rechts neben dem Uterus ein gänseeigroßer, weicher Tumor mit derben Partien, der sich bis auf die Darmbeinschaufel erstreckt, mit seinem oberen Pol die Beckeneingangsebene überragt, den hinteren Douglas gänzlich freiläßt. Rechte Tube am uterinen Ende schlank, geht anscheinend unmittelbar in den wurstförmigen schwer abzugrenzenden Tumor über. Linke Adnexe intakt; Tube schlank, Ovarium derb, der Uteruskante beweglich anliegend.

Verlauf der Operation: Die Operation wurde in Chloroform-Äthernarkose vorgenommen. Beginn der Operation 8^{50}. Eröffnung des Peritonaeums 8^{53}. Dabei zeigt sich dunkelrotes, frisches Blut in der Bauchhöhle.

Die r. Tube ist in einen wurstförmigen, über daumendicken Tumor verwandelt, welcher am abdominellen Ende mit altem braunroten, z. T. etwas schwieligem Blutgerinnsel umgeben ist. Nach Lösung der Netzverwachsungen in der Tiefe wird die r. Tube samt Ovarium hervorgewälzt und dann successive abgetragen. Der Douglas wird ausgewischt und die Blutcoagula aus demselben entfernt. Appendix wird abgetragen. Ausspülung der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung. Schluß der Peritonaeumnaht 10^{00}. Schluß der Operation 10^{13}.

Klinischer Verlauf: Nach dem Erwachen Erbrechen. Geringe Beschwerden. Abgang des 1. Flatus am 2. Tage, 1. Stuhl am 3. Tage. Aufgestanden am 6. Tag. Kein Fieber. Bei der Entlassung bestes Wohlbefinden. R. Adnexe noch druckempfindlich, kein Stumpfexsudat, nur noch einzelne Verwachsungsstränge zu tasten.

Fall 9. R. Katharina, Landwirtsfrau 31 J. Seit 8 Jahren verheiratet.

Aufgenommen 10. IV. 06. Entlassen 30. IV. 06. Erfolg: geheilt.

Klin. Diagnose: Graviditas extrauterina, (Haematocele retrouterina).

Anatom. Diagnose: Ebenso.

Therapie 17. IV.: Salpingo-oophorectomia dextr. Drainage des Haematocelenbettes.

Anamnese: Vater gestorben an Lungenkrankheit, Mutter an einem Gewächs im Unterleib. 3 Geschwister, sind gesund. 4 Kinder gesund, Ehemann gesund. Als junges Mädchen hat Patientin an Bleichsucht gelitten.

Menstruation: Beginn mit 16 J. Regelmäßig alle 4 Wochen, ohne Schmerzen, stark, 3 Tage anhaltend. 4 Entbindungen, kamen spontan, Fehlgeburt keine, Wochenbett: fieberfrei.

Seit ½ Jahr sehr trägen Stuhlgang; sie hat 2 bis 3 bis 4 Tage keinen Stuhl; dieser ist hart. Urin o. B. Appetit nicht ganz gut. Seit 8 bis 14 Tagen Schmerzen im Unterleib, z. Z. weniger. Seit 4 Wochen Kräfteabnahme. Am 15. II. Menses wie gewöhnlich. 2 Tage darauf neue Blutung und in Intervallen von 1, 2, 3, 4 Tagen wiederholten sich diese Blutungen bis heute, immer 10—15 Minuten anhaltend.

Status praesens: Mittelgroße Frau von mässigem Ernährungszustand und blassem Aussehen, Lunge, Herz o. B. Die Palpation des Abdomens ergibt keinen Befund.

Mammae: Fettsubstanz gering, Drüsensubstanz mittel, Warzenhof deutlich pigmentiert, Montgomeryschen Drüsen deutlich.

Vulva: Gr. Schamlippen mäßig fettreich, Introitus weit.

Vagina: Schleimhaut blaß-bläulich-rot, Kanal weit, aufgelockert, Sekret blutig-schleimig. Vord. Scheidengewölbe kurz, hinteres wird leicht vorgebuckelt durch mäßig derben, teilweise weichen Tumor.

Uterus: Portio zapfenförmig, etwas platt gedrückt, quergespalten, aufgelockert, Orif. ext.: für Fingerkuppe durchgängig. Portio steht vor Lin. intersp. Cervix ca. 3 cm lang geht über in einen über kindskopfgroßen cystisch vergrößerten Tumor, wird daher entfernt. Einführung von Xeroformgaze in den Douglas und Vernähung des Haematocelenbettes durch die an den Seiten stehen gebliebenen, schwielig verdickten Peritonaealreste. Die linken Adnexe werden zur Deckung der Defekte mitbenutzt. Bevor der Sack völlig geschlossen wird, wird er austamponiert. Die Operation wurde in Chloroform-(Klinisches) Äther-Narkose im Scopolamin-Dämmerschlaf vorgenommen.

Klin. Verlauf: Kein Fieber, kein Erbrechen. 1. Flatus am 2. Tag, aufgestanden am 3. Tag. Beim besten Wohlbefinden auf eigenen Wunsch entlassen.

Fall 10. K. Magdalene, Taglöhnerin 31 Jahre. Seit 5 Jahren verheiratet.

Aufgenommen 10. VII. 06. Entlassen 4. VIII. 06. Erfolg: geheilt.

Klin. Diagnose: Uterus myomatosus Hysteria gravis, Epilepsie.

Anatom. Diagnose: Haematocele peritubaria sin.

Therapie: Salpingo-oophorectomia. Appendectomia. 17. 7.

Anamnese: Eltern: Vater † Lungenentzündung, Mutter † Gebärmutterleiden und Epilepsie. Geschwister 1 † in früher Kindheit, 5 gesund. Keine Kinder, Ehemann gesund.

Menstruation: Beginn mit 17 Jahren, regelmäßig 3—4 Tage dauernd mit heftigen Schmerzen im Kreuz und Unterleib. Letzte Menstruation vom 1. VI. 06 ab über 3 Wochen gedauert; dazwischen 4—5 Tage ausgesetzt. 29. VI. bis 4. VIII. wieder Blutung.

Entbindungen, Aborte keine.

Stuhl: bis zu ihrer jetzigen Krankheit (April 1906) regelmäßig, seitdem verstopft.

Urin: brennende Schmerzen beim Urinieren.

Appetit: gering. Heftiges Erbrechen mit dem Eintritt (1. VI.) der letzten Periode. Im Unterleib brennende Schmerzen, Kreuzschmerzen. Unterleib aufgetrieben seit der Blutung, heftiges Drängen nach unten.

Brustorgane: sehr kurzatmig, beklemmenden Brustschmerz, häufig Herzklopfen, kein Auswurf, kein Husten.

Nervensystem: sehr starke Kopfschmerzen, derartige Schwäche, daß Patientin sich nicht auf den Beinen halten kann; häufig Wallungen, Schwindel, Schlaf gestört durch schreckhafte Träume; Wadenschmerzen. Kräftezustand: stark herabgesetzt; des Abends: Fieber. Schmerzen beim Coitus.

Jetzige Erkrankung: Mitte April d. J. erkrankte sie mit Unterleibsschmerzen. Magendruck nach jeder Nahrungsaufnahme; sie erbrach jede auch flüssige Nahrung, so daß sie sehr herunterkam. Zu gleicher Zeit bestanden die quälendsten Kopfschmerzen. Der Arzt verordnet ihr Medicamente dagegen.

Seit Anfangs Juni (Beginn der Blutung) kann sie weder gehen noch stehen. Im Stehen steigern sich ihre Leibschmerzen. Patientin erklärt das Bett allein nicht verlassen und nicht gehen zu können. Mit leichter Unterstützung wird sie außer Bett gebracht; sie steht mit stark nach vorn gebeugtem Oberkörper, sucht sich mit den Händen festzuhalten, um nicht zu fallen. Wird ihr jeglicher Stützpunkt entzogen, so bleibt sie ruhig stehen, ohne zu schwanken. Erst auf vieles Zureden geht sie einige Schritte. Nachdem sie das geleistet, ist sie zum Gehen leichter zu bewegen.

Status praesens: Schleimhaut gut injiciert; Muskulatur wenig fest. Panic. adip: befriedigend. Conjunctival-Reflex: aufgehoben. Patellar-Reflex: gesteigert. Pupillar-Reflex: langsam. Würg-Reflex: fast aufgehoben. Costalgie, Femoralgie.

Mittelgroße Frau in befried. Ernährungszustand, Haltung gebeugt und schlaff. Gang zögernd und schleppend. Gesichtsausdruck stier, blöde; Demenz; Sprache apathisch; wandelt ruhelos vor sich hinstierend im Zimmer auf und ab.

Lunge: o. B.

Herz: Perkussion o. B. 1. Ton an der Spitze dumpf. Puls langsam, sehr klein.

Leib: leicht gewölbt symmetrisch. Mittellinie pigmentiert, Nabel flach eingezogen.

Palpation: nicht palpabel.

Bauchdecken außerordentlich empfindlich, leiseste Berührung wird zeitweise sehr schmerzhaft empfunden; zeitweise stärkere Palpation ohne Schmerzäußerung.

Perkussion: Untere Lebergrenze, 2 Querfinger oberhalb des Rippenbogens; in der Mittellinie Processus ensiformis. Milzdämpfung o. B.

Mammae: Fett- und Drüsensubstanz reichlich, Warzen knopfförmig, Warzenhof blaß.

Vulva: Gr. Schamlippen mager, introitus klafft. Kl. Schamlippen leicht hypertrophisch. Damm hoch, Urethramündung o. B.

Vagina: Portio zapfenförmig etwas unterhalb der Lin. interspinata. Orificium externum: Rundes Grübchen. Corpus retrovertiert, derb, stark vergrößert, 8 cm lang. Untersuchung wegen der bretthart gespannten Bauchdecken sehr erschwert. Zwischen Uterus und Blase etwas mehr links über die Medianlinie herüberreichend ein gänseeigroßer mittelharter nicht sehr beweglicher Tumor mit leicht unebener Oberfläche, dessen Zusammenhang mit dem Uterus zu palpieren ist.

13. VII. Uterus retrovertiert, stark diffus myomatös vergrößert, vorn ein supracervicales gänseeigroßes mittelhartes Myom. Vom 13. VII. ab wieder stärkere Blutung.

Verlauf der Operation: Die Operation wird in Lumbalanaesthesie nach vorhergehender zweimaliger Scopolamin-Morphium Injektion ausgeführt.

Beginn 10^{54}. 10^{56} Eröffnung des Peritonaeums, nicht schmerzhaft. Bei Eröffnung der Bauchhöhle zeigen

sich zwischen Uterus und Darm einige Verwachsungen. Nach der Lösung derselben präsentiert sich auf der linken Seite ein fast gänseeigroßer etwas verwachsener dunkelblaurot verfärbter Tumor, der der linken Tube angehört und beim Hervorwälzen an seinen Verwachsungen platzte, dabei wird altes geronnenes Blut entleert; der Tumor ist stark verwachsen mit dem Ovarium, das cystisch degeneriert ist. Lig. infund. pelv. sin. wird unterstochen und unterbunden, dann Tube und Ovarium abgetragen unter sofortigen Fassen der spritzenden Gefäße und deren Unterstechung; dann wird der linke Tubenstumpf durch Herausziehen etwas verkleinert, durch Heranziehen des Lig. rotund. und der auf dem Uterus befindlichen Adhäsionen. Der Appendix wird entfernt, Ausspülung der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung. Schließung des Peritonaeums 11^{25}. Schluß der Operation 11^{30}.

Klin. Verlauf: In den ersten Tagen nach der Operation tritt häufig Erbrechen auf. Kein Fieber. Abgang des ersten Flatus auf Einlauf. Patientin steht am zweiten Tage auf. Sie wird am 4. VIII. mit bestem Wohlbefinden entlassen.

Fall 11. B. Anna, Spezereihändlersfrau 29 J., seit 1904 verheiratet.

Aufgenommen 20. VII. Entlassen 5. VIII.

Klin. Diagnose: Graviditas extrauterina Haematocele peritubaria und retrouterina.

Anatom. Diagnose: Desgleichen.

Therapie: 25. VII. Eisblase, Bettruhe, Salpingectomia sin., Appendectomie.

Anamnese: Mutter gestorben an Phthise, Vater gichtkrank und herzleidend. Geschwister 1 starb sub partu, 2 gesund. Ehemann gesund. Patientin hatte als Kind Scharlach, Masern und später leichte Magenstörungen.

Beginn der Menstruation mit 15 Jahren, alle 24 bis 25 Tage regelmäßig, 3—4 Tage anhaltend mäßig, vor dem 1. Partus Schmerzen bei der Periode, seither ohne Beschwerden. Letzte Menstruation 1. bis 4. VI. 06.

Entbindungen: 2, letzte 9. IV. 06. Verlauf o. B.

Fehlgeburten: 1 am 17. VII. 06.

Über den Abdomen links am kl. Becken eine geringe, kleine, handtellergroße Dämpfung in der Tiefe.

Mammae: Fett-Drüsensubstanz gut, Warzen gut abgesetzt.

Inhalt: Milch in beiden Brüsten.

Vulva: mäßig klaffend, gr. Schamlippen sehr fettreich. Introitus weich. Damm hoch.

Vagina: Schleimhaut blaß-blaurot, aufgelockert, blutiges Sekret.

Uterus: Portio, plump aufgelockert innerhalb der Lin. interspinata. Cervicalsekret blutig. Orif. extern. quergespalten.

Corpus: anteflektiert, dextroponiert, beweglich, weich, mäßig vergrößert. Neben dem Uterus links, durch die sehr fettreichen Bauchdecken nicht gut durchzufühlen, ein ca. kleinkindskopfgroßer weicher Tumor, der den linken Adnexen anzugehören scheint und hinter den Uterus in den Douglas sich fortsetzt. Dieser ist leicht prall elastisch vorgewölbt und sehr schmerzhaft. Wochenbett normal.

Stuhl: meist verstopft, zuweilen Diarrhoe. Urin ohne Beschwerden.

Appetit fehlt seit 8 Tagen. Seit dieser Zeit Übelkeit, Brechreiz. Unterleib aufgetrieben. Patientin ist kurzatmig, hat wenig Husten, mitunter Herzklopfen, Stirnkopfschmerz, Schwäche, Wallungen, während der Schmerzen Schweiß. Kräftezustand abgenommen seit Pat. zu Bett liegt (13. VII. 06).

Am 21. VI. 06 vormittags hatte Patientin eine leichte menstruelle Blutung, mittags (21. VI.) sah sie wie eine Kiste auf ihr Kind fiel; sie erschrack sehr heftig, konnte nicht sprechen, zitterte am ganzen Körper; die Blutung blieb von dem Momente aus, durch 6 Tage. Pat. hatte während dieser Tage keine Beschwerden.

Am 27. VI. traten 2 Anfälle von Leibschmerzen auf, jeder gefolgt von Blutung. Die Schmerzen waren im Unterbauch localisiert, dauerten mehrere Stunden. Diese Anfälle wiederholten sich seither noch dreimal in Intervallen von 5—6 Tagen immer gefolgt von Blutung.

Am 13. VII. waren die Schmerzen sehr heftig, so daß Pat. sich zu Bett legte und einen Arzt rief. Dieser verordnete Wickel und Opium. Die Schmerzen ließen in den nächsten Tagen allmählich nach.

Am 17. VII. ½11 Uhr nachts trat starke Blutung und Abgang eines Eies ein. Vom nächsten Tage an heftige, fast continuierliche Schmerzen in der Unterbauchgegend. Der Schmerzanfall war von Blutung gefolgt. Am nächsten Tage legt der Arzt Preßschwamm in den Cervicalkanal; am folgenden Tag untersuchte er sie in Narkose und überwies sie in die Klinik.

Status praesens: Pat. gesunde, kraftvolle Frau. Lunge, Herz o. B. Puls beschleunigt. Leib sehr fettreich, leicht vorgewölbt, alte Striae.

Atembewegung flach, Nabel eingezogen, Leber, Nieren, Milz o. B. Tuben rechts anscheinend frei, Ovarium leicht Schmerzhaft. Lig. lat. und Parametrien frei, Douglas vorgewölbt.

Rectum frei, von hier aus fühlt man ebenfalls einen prall elastischen Tumor.

Verlauf der Operation: Operation wird in

Lumbalanaesthesie nach vorheriger, zweimaliger Scopolamin-Morphium-Injektion ausgeführt.

Beginn 11^{35}. 12 cm langes suprasymphysaerer Querschnitt, 2 Querfinger oberhalb der Symphyse.

11^{37}. Eröffnung des Peritonaeums. Es entleert sich sofort dunkles, braunrotes, flüssiges Blut.

11^{38-49}. Unterbrechung der Operation zur Chloroformierung. Es werden alte geronnene Blutmassen entleert. Rechte Tube und Ovarium völlig frei. Nachdem aus dem Douglas Blutcoagula ausgeräumt sind und daselbst keine Blutung mehr besteht, wird ein blutender Riß im linken Ovarium vernäht. Provisorische Tamponade des Douglas mit Xeroformgaze; dann wird links die Mesosalpinx vom abdominalen Ende beginnend durchgestochen. Appendix wird entfernt. 11^{55} Schließung des Peritonaeums. 12^{10} Schluß der Operation.

Klin. Verlauf: Schmerzen im Kopf und Nacken Brechreiz tagelang. Abgang des 1. Flatus 26. VIII. auf Einlauf. Aufgestanden 27. VIII. Pat. fühlt sich sehr schwach, klagt über Schwindel, Kopf- und Nackenschmerz. Abends Fieber. Bei Entlassung ziemlich gutes Wohlbefinden.

Fall 12. S. Maria, Schlossersfrau 37 J. Seit 4 Jahren verheiratet.

Aufgenommen 7. VIII. 06. Entlassen 28. VIII. 06. Erfolg: geheilt.

Klin. Diagnose: Graviditas extrauterina.

Anatom. Diagnose: Ebenso.

Therapie: 8. VIII. Salpingectomia sinistra.

Anamnese: Eltern leben gesund. Geschwister 5 leben, 2 gestorben gleich nach der Geburt. Kinder 3 gesund. Ehemann gesund. Früher immer gesund bis auf Hüftgelenksentzündung im Alter von 25 Jahren. Damals 5 Wochen zu Bett gelegen.

Menstruation: Beginn mit 13—14 J., regelmäßig. Letzte Regel seit 4 Tagen.

Entbindungen: 3, letzte 26. X. 05 spontan.

Aborte keine; Wochenbett fieberfrei.

Leidet an Haemorohoiden. Ab und zu Klagen beim Urinlassen. In letzter Zeit schlechten Appetit, Herzklopfen, Abnahme des Kräftezustands. Seit März dieses Jahres Metrorhagien bis zu 16 Tagen Dauer. Zeitweise Schmerzen im Unterleib. 7 Wochen lang mit Wickel und Douchen behandelt.

Ein genauer Status wurde wegen der sofortigen Operation nicht aufgenommen.

Operation: Beginn 7^{47}. Eröffnung des Peritonaeums.

7^{50}. Im Abdomen reichlich seröse Flüssigkeit. Hinter dem Uterus bis an die l. Beckenwand hin am Beckenboden adhaerenter Tumor von Faustgröße nach dessen Lösung man in ein die l. Beckenhälfte ausfüllendes Hydrocelenbett gelangt. Die l. Tube, die in die peritubare Haematocele eingebettet ist, wird in ihrem lateralen Teil abgetragen. Der Tubenstumpf wird an das Ovarium fixiert und sorgfältig peritonisiert. R. Tube frei. Appendix wird entfernt, Das Wundbett ist bluttrocken. Fortlaufende Peritonealnaht. Vor völligem Schluß Ausspülung der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung. Schluß des Peritonaeums 8^{10}. Schluß der Operation 8^{16}.

Klin. Verlauf: Die Operation war in Lumbalanaesthie nach 2maliger Scopolamin-Morphium-Injectionen vorgenommen worden. Als Nachwirkung desselben traten am 2. Tage Kopfschmerzen auf, jedoch nicht intensiv. Am 3. Tage Erbrechen. Abgang des 1. Flatus am 1. Tage, aufgestanden am 4. Tag. Am 1. und 2. Tag abendlicher Temperaturanstieg bis 37,8.

Fall 13. L. Anna, Kaufmannsfrau 31 J. Verheiratet seit 5 Jahren.

Aufgenommen 12. IX. 06. Entlassen 30. IX. 06. Erfolg: geheilt.

Klin. Diagnose: Haematocele retrouterina.

Anatom. Diagnose: Haematocele retrouterina Extrauteringravidität.

Therapie: 14. IX. 06, Colpotomia posterior, Laparatomie und Excision der r. Tube, Ausräumung der Haematocele retrouterina (und des lebenden 11 cm großen Fötus und Placenta).

Anamnese: Eltern tot, Mutter an Pneumonie gestorben, Geschwister 3, 1 hat Lupus. Kinder 2 gesund. Als Kind hat Patientin Scharlach gehabt, später oft Augina.

Menstruation: Beginn mit 14 Jahren; alle 3—4 Wochen 8 Tage dauernd mit starkem Blutverlust ohne Schmerzen. Letzte Regel 7. Juni, am 2. IX. wässrigen Ausfluß. Letzte Entbindung 1904 spontan in 12 Std. Wochenbett — Sie leidet an Obstipation. Seit Ende Juli Abgang von geronnenem Blut; Erbrechen und Übelkeit seit Anfang Juli. Am 23. Juli plötzlich Schmerzen im Leib. Auf ärztlichen Rat wegen Extrauteringravidität ins Krankenhaus zu Lahr aufgenommen, dort 10 Tage mit Eisaufschlägen behandelt. Bald darauf neue Schmerzen und blutiger Stuhl, die wieder nachlassen. Ende August neuer heftiger Schmerzanfall mit Blutabgang per vaginam.

Status praesens: Gut genährte Frau; Lunge Herz o. B. Im Abdomen fühlt man r. 2 Querfinger unter dem Nabel einen faustgroßen, weichen Tumor, links einen solchen von derberer Consistenz.

Mammae: Drüsensubstanz gut entwickelt, Fettsubstanz mittel, Inhalt: Colostrum.

Vulva: Große Schamlippen fettreich, Introitus weit. Damm erhalten.

Vagina: Kanal weit, Schleimhaut bläulich, verfärbt, aufgelockert, Sekret graurötlich, blutig.

Uterus: Portio weich, plump, zapfenförmig quergespalten, dicht hinter der Symphyse stehend. Corpus anteponiert, unbeweglich eleviert sinistroponiert, gänseeigroß, weich. R. neben seitlich und hinter dem Uterus liegt ein weicher unebener mäßig fluctuierender Tumor, der den Uterus nach links und vorn oben drängt, und den Douglas nach unten vorwölbt. Die rechten Adnexe sind in ihm aufgegangen. Ovarium, linke Adnexe nicht zu fühlen, lig. lat. und Parametrium rechts vorgewölbt.

Verlauf der Operation: Die Operation wird in Lumbalanaesthesie und Scopolamin-Dämmerschlaf vorgenommen. Beginn 10^{43}. (Eröffnung des Peritonaeums 10^{46}). Nach Emporziehen der Portio wird das hintere Scheidengewölbe in der Längsrichtung gespalten. Dabei sehr reichliche Blutung aus den Scheidenwandrändern. Nach Eröffnung des Douglas werden alte Blutgerinnsel ausgeräumt; dabei tritt plötzlich stärkere Blutung auf. Tamponade des Douglas mit Xeroformgaze. Eröffnung der Bauchhöhle. In der Bauchhöhle wenig flüssiges Blut. Der Uterus präsentiert sich nach l. verlagert als ein kleinfaustgroßer, weicher Tumor; an seiner Hinterfläche bestehen frischere Verwachsungen mit den Darmschlingen, die sich auch nach rechts über einen kleinkindskopfgroßen Haematocelensack ausdehnen. Der Haematocelensack wird eröffnet, dabei die Adhaesionen mit den Darmschlingen gelöst, wobei sich ein frischer lebender Fötus (III Monat) präsentiert. Placenta und Blutgerinnsel werden aus dem Douglas und kleinen Becken ausgeräumt. Der geplatzte Tubarsack wird

vorsichtig stumpf mit Tupfern aus der Tiefe hervorbuxiert, das Ovarium isoliert und danach die rechte Tube abgetragen und die spritzenden Gefäße sofort unterstochen. Im kleinen Becken steht die Blutung überall; die frischen Adhaesionen an den Darmschlingen werden wie ursprünglich und sicher über das Haematocelenbett gelagert und über den Tubenstumpf mit dem vorderen Blatt des lig. latum durch Catgutknopfnähte vereinigt. Zum Schluß wird die Scheide durch Xeroformgaze austamponiert. Schluß der Operation 11^{15}.

Klin. Verlauf: Patientin übersteht den Eingriff sehr gut. Urin spontan; keine Schmerzen. Abgang des I. Flatus am 2. Tag, aufgestanden am 5. Tag. Bei bestem Allgemeinbefinden entlassen.

Fall 14. C. Anna, Arbeitersfrau, 27 J. Verheiratet seit 3 Jahren.

Aufgenommen am 12. XI. 06. Entlassen I. XII. 06. Erfolg: geheilt.

Klin. Diagnose: Graviditas tubaria dextr.

Anatom. Diagnose: Ebenso.

Therapie 16. XI.: Salpingo-oophorectomia dextr.

Anamnese: Vater lebt, Mutter gestorben, woran unbekannt. 4 Geschwister, gesund. 4 Kinder, gesund. Ehemann gesund.

Menstruation: Beginn mit 14 Jahren. Immer regelmäßig alle 4 Wochen 6—7 Tage dauernd unter Schmerzen im Kreuz.

Entbindungen 4, letzte 11. VI. 07. Verlauf spontan. Wochenbett fieberfrei, Aborte keine.

Seit 8 Tagen Schmerzen beim Stuhlgang. Urin o. B. Seit 8 Tagen Schmerzen in der r. Unterleibsseite, Kreuzschmerzen. Pat. hat nach ihrer letzten Geburt am 11. VI. d. J. am 2. Oktober wieder ihre

erste Regel gehabt; dieselbe besteht seit dem 2. November wieder und ist mit starken Schmerzen in der r. Seite verbunden, die sich bis hinten ins Kreuz erstrecken.

Status praesens: Schleimhäute anaemisch, Muskulatur schlaff. Mittelgroße, mittelkräftige Frau mit blasser Gesichtsfarbe. An beiden Unterschenkeln leichte Varicenbildung. R. Patella nach außen luxiert, angeblich im Anschluß an einen Fall im 10. Lebensjahr. Lunge, Herz o. B. Alte Striae, Mittellinie pigmentiert.

Mammae: Fettsubstanz leidlich gut, Drüsensubstanz spärlich. Warzenhof blaßbraun. Warzen gut abgesetzt. Inhalt: Colostrum.

Vulva: Große und kleine Schamlippen mäßig fettreich. Damm erhalten. Introitus mäßig weit.

Vagina: Schleimhaut blaß-bläulich-rot. Weite des Kanals: weit, Schleimhaut faltig.

Uterus: Portio plump weit innerhalb der Lin. spin. Cervicalsecret blutig-schleimig. Orif. ext. quer gespalten.

Corpus: sinistrovertiert, beweglich, mäßig derb, nicht vergrößert. R. neben dem Uterus ein weicher, ca. gänseeigroßer schmerzhafter Tumor, an dem Tube und Ovarium nicht deutlich zu unterscheiden sind; er reicht nach hinten fast bis zur Beckenwand.

Verlauf der Operation: Beginn 11^{36}. Eröffnung des Peritonaeums 11^{40}. Dabei zeigt sich frisches und altes Blut. Die Tube wird am lig. infundib. pelv. unterstochen. Das Ovarium, welches total cystisch entartet ist, wird exstirpiert. R. unterhalb der Tube ist aus alten und frischen Adhaesionen eine leichte Blutung, welche aber nach Unterstechung und Xeroformtamponade völlig steht. Schluß der Bauchdecken 12^{10}, Ende 12^{14}. Die Operation wurde zunächst mit

Lumbalanästhesie im Scopolamin-Dämmerschlaf vorgenommen, doch da die Anaesthesie eine schlechte war, ging man zum Chloroform über.

Klinischer Verlauf: Wunde verheilt sehr gut; keine Narkosen-Nachwirkungen. Mußte einen Tag katheterisiert werden. Abgang des 1. Flatus am 2. Tag. Aufgestanden am 4. Tag. Bei der Entlassung bestes Wohlbefinden.

Fall 15. S. Marie, Konditorsfrau, 33 J.

Aufgenommen 3. XII. 06. Entlassen 15. XII. 06. Erfolg: geheilt.

Seit 7 Jahren verheiratet.

Klin. Diagnose: Graviditas extrauterina (Tubar-Abort).

Anatom. Diagnose: Ebenso.

Anamnese: Vater an Typhus gestorben, Mutter an Herzleiden und Wassersucht.

Vor 5 Jahren ein ausgetragenes, totgeborenes Kind. Ehemann gesund.

Menstruation: Beginn mit 17 Jahren, regelmäßig. Letzte Regel am 15. X. 06.

Entbindungen 1, ein Monat vorher Blutungen. Fehlgeburten keine, Wochenbett o. B. Nach bisher regelmäßigem Verlauf der Menstruation setzte die Periode seit dem 13. X. aus. Patientin hielt sich für schwanger. Vor 3 Tagen nachts ganz plötzlich wehenartiger Schmerzanfall, dem bald geringe Blutung folgte. Die Schmerzen hielten in den nächsten Tagen in wechselnder Stärke an; trotz des geringen Blutverlustes kam es sehr bald zu hochgradiger Blässe und allgemeiner Schwäche.

Status praesens: Schwerkranke Frau mit allen Anzeichen hochgradiger, acuter Anaemie. Lunge, Herz o. B. Patientin wurde sofort operiert.

Therapie 3. XII.: Salpingectomia dextra.

Die Operation wird mit Lumbalanaesthesie im Scopolaminrausch vorgenommen. Beginn 8^{02}. 8^{05}: das Peritonaeum wird eröffnet; sofort stürzt ein Strahl dunkelblaues Blut, vermischt mit Blutgerinnseln hervor. 8^{07} wird ein kugeliger, mit Blut durchtränkter Körper aus der Bauchhöhle geholt. Der Uterus wird vorgezogen. Die r. Tube, die an ihrem abdominellen Ende trichterförmig entfaltet ist, wird unterstochen und entfernt, das Ovarium wird zurückgelassen. Die Stümpfe werden genähert und durch Vernähung des seitlichen Peritonaeums mit dem lig. rotundum bedeckt. Dann werden noch zahlreiche Blutgerinnsel mit Tupfern aus der Bauchhöhle entfernt. 8^{20} Schluß des Peritonaeums. 8^{26} Schluß der Operation.

Klinischer Verlauf: Patientin klagt am Tage nach der Operation über kolikartige Leibschmerzen. Abdomen leicht aufgetrieben, dabei weich. Lebhafte Peristaltik. Auf Einlauf Abgang von Blähungen und damit Nachlassen der Beschwerde. Abendtemperatur 38,1; auch in den nächsten 2 Tagen noch erhöhte Temperatur. Steht am 4. Tage auf. Mit Ausnahme der ersten beiden Tage hat sie keine Kopfschmerzen gehabt. Wunde glatt verheilt.

Fall 16. L. Anna Marie, Landwirtsfrau, 34 Jahre; verheiratet seit 1893.

Aufgenommen 17. XII. 06. Entlassen 13. I. 06. Erfolg: geheilt.

Klin. Diagnose: Graviditas tub. sin. Haematocele peritubaria.

Anatom. Diagnose: Ebenso.

Therapie 19. XII.: Salpingectomia sin. Appendectomia.

Anamnese: Mutter leidet an Prolaps.

Geschwister: 1 Stiefbruder gesund, 1 Stiefschwester lungenleidend.

Ehemann war im Sommer nervenleidend, sonst gesund.

Beginn der Menstruation mit 16 Jahren, regelmäßig alle 4 Wochen, mittelstark ohne Beschwerden. Letzte Menstruation Anfang Oktober.

Entbindungen: 4 (letzte 1901) spontan.

Aborte: 1 (Juli 06) ohne ärztliche Hilfe.

Wochenbett normal.

Stuhl in letzter Zeit nur alle 2—4 Tage.

Urin: in letzter Zeit etwas Brennen beim Urinieren.

Ausfluß: zuweilen seit 2 Jahren; nie eitrig.

Pat. leidet an Aufstoßen; Unterleib aufgetrieben; Drängen nach unten beim Verrichten schwerer Arbeit. Seit 3 Wochen Schmerzen im Unterleib auf der linken Seite, bis ins Knie hinab. Etwas Kurzatmung, Kopfschmerzen, Schwindel, schlechter Schlaf; öfters Schmerzen in den Beinen z. Z. der Periode. In den letzten Wochen hat Pat. an Gewicht abgenommen, sie leidet seit 30. XI. an anhaltender Blutung, die mit wehenartigen Schmerzen verbunden ist. Vorher hat die Periode 6 Wochen lang ausgesetzt. Außer Blut soll nichts abgegangen sein, bis jetzt sind die Schmerzen auf der linken Seite beschränkt und strahlen aus.

Patientin ist eine ziemlich magere mittelgroße Frau mit blaßer Gesichtsfarbe. Leichte Struma; an beiden Beinen mäßige Varicenbildung.

Lunge, Herz o. B. Abdomen o. B.

Mammae: Fettsubstanz gering; Drüsensubstanz gut; Warzenhof blaßbräunlich; Warzen gut abgesetzt; Inhalt: Colostrium.

Mongomery'sche Drüsen deutlich.

Vulva: Gr. Schamlippen atrophisch. Kl. Schamlippen desgleichen.

Damm $1^1/_2$ cm hoch. Introitus weit klaffend.

Urethra-Mündung o. B.

Aus der Vulva wölbt sich vordere und hintere Vaginalwand in der Größe einer halben Wallnuß vor. Columnae rugar. post. an der Basis abgerissen, alte Scheidennarbe.

Vagina: Schleimhaut blaßbläulich, aufgelockert. Kanal weit. Sekret blutig-schmierig. Schleimhaut weich, faltig, succulent.

Uterus: Portio plump, zapfenförmig, innerhalb der Lin. spinata quergespalten.

Cervix-Sekret: blutig-schmierig.

Corpus: wenig retrovertiert, beweglich, derb, weich, wenig vergrößert.

Links neben dem Uterus ein gänseeigroßer, weicher unebener Tumor zu fühlen. Tuben, Ovarium wegen starker Schmerzhaftigkeit nicht zu tasten.

Verlauf der Operation: Operation wird in Lumbalanaesthesie nach vorheriger Scop.-Morphium-Injektion ausgeführt. Beginn 12^{14}. Eröffnung des Peritonaeums 12^{17}. Bei Eröffnung des bläulich-durchscheinenden Peritonaeums ergießt sich massenhaftes schwarzrotes Blut aus der Bauchhöhle. Uterus wird an einem Fadenzügel hervorgezogen und nach Möglichkeit alles in dem Douglas befindliche Blut ausgetupft. Die rechten Adnexe sind schlank, die linken Adnexe sind in einen daumendicken, weichen, geschlängelten, mit Fibrinmassen bedeckten Tumor verwandelt, am abdominalen Ende der Tube mit Blutcoagula bedeckt. Tube wird am uterinen Ende unterbunden und dann weiterhin umstochen und abgetragen. Der Stumpf im lig. latum wird durch Vernähen des Lig. infundibulo-pelv. mit der seitlichen Uteruskante peritonisiert. Das noch in der Bauchhöhle befindliche Blut wird nach Möglichkeit ausgetupft. Appendec-

tomia. Kochsalzausspülung. Schließung des Peritonaeums 12^{37}. Schluß der Operation 12^{40}.

Klinischer Verlauf: Nach 8 Tagen einmal Erbrechen. In der Stirnhöhle vom 2—7. Tage sehr starke in die Augenhöhle ausstrahlende Kopfschmerzen.

Wunde fest vernäht; vom 2.—4. Tage bestand ein leichter Hustenreiz, keine Bronchitis. Abgang des 1. Flatus am 2. Tage. Aufgestanden am 3. Tage.

Bei der Entlassung fühlte sich Pat. noch etwas müde und matt, sonst keine Beschwerden.

Fall 17. M. Babette, 25 J. Verheiratet seit 1904.

Aufgenommen 23. VII. 07. Entlassen 7. VIII. 07. Erfolg: geheilt.

Klin. Diagnose: Graviditas extrauterina sin, Haematocele peritubaria.

Anatom. Diagnose: Graviditas extrauterina dextra.

Therapie: 24. VIII. 07. Appendectomie Salpingectomia dextra.

Anamnese: Vater lungenleidend; 1 Kind gesund. Kinderkrankheit nicht außer Blutarmut.

Menstruation: Beginn mit 19 Jahren; regelmäßig alle 4 Wochen, 4 Tage lang ohne Beschwerden. Letzte Menstruation vor 3 Tagen.

Entbindungen: 1 (1901) spontan 9. Tag aufgestanden. Fehlgeburten: 1 1900. Verlauf: Im 3. Monat Ausräumung. Wochenbett: ohne Fieber. Ausfluß: mäßig. Erbrechen und Übelkeit: öfter, besonders in der letzten Zeit. Schmerzen im Unterleib: nein. Kreuzschmerzen: seit März. Auftreibung des Unterleibes: seit ca. 4 Wochen. Drängen nach unten: zu Beginn der Blutungen.

Jetzige Erkrankung: am 19. III. letzte regelmäßige Blutung. Die Periode blieb dann 6 Wochen

lang aus. Pat. hielt sich schwanger (Erbrechen). Bei Wiederbeginn der Blutung Schmerzen im Leib (wilde Wehen) wie bei der Frühgeburt. Kein Abgang von Stücken; Blutung mäßig. Vom 29. April ab mit Ausnahme von 2 $\times$ 14 Tagen ständig Blutabgang. Seit 3 Tagen wieder Blutungen. Stuhl und Urin o. B. Vor der 1. Gravidität schon leicht erschreckbar und verstimmt.

Status praesens: Gracil, Muskulatur dürftig, Panniculus mäßig. Mäßiger Ernährungszustand. Lunge, Herz o. B. Leib flach, alte Striae. Mittellinie nicht pigmentiert, Nabel eingezogen. Perkussion, Auskultation, Palpation o. B. Mensuration: Größter Umfang 84 cm.

Mammae: mäßige Fettsubstanz, Warzen abgesetzt. Drüsensubstanz mäßig, Warzenhof mittel pigmentiert, einige Montgomery.

Uterus: Portio zapfenförmig, Muttermund quergespalten. Keine livide Verfärbung der Portio. Uterus nicht vergrößert, anteflektiert. Rechtes Ovarium vergrößert adhaerent, der Uteruskante genähert. Links neben und hinter dem Uterus eine hühnereigroße undeutliche weiche Resistenz. Untersuchung wegen Spannung und Schmerzhaftigkeit sehr erschwert. Befund i. N. Uterus leicht vergrößert, Ovarium wenig bewegt.

Operation: Beginn 11^{22}. Eröffnung des Peritonaeums 11^{27}. In der Bauchhöhle blutige seröse Flüßigkeit. Uterus ist breit im hinteren Douglas adhaerent, wird gelöst, das Wundbett im Douglas provisorisch mit Xeroformgaze versorgt. Die Schwangerschaft gehört ehemals der rechten Tube an. Salpingectomia dextra, Appendix lang dünn, makroskopisch intakt. Tubenstumpf wird mit Seidenfäden versorgt durch seroseröse Naht extraperitonaeal gelagert.

Peritonaeum geschlossen 11^{40}. Operation geschlossen 11^{48}. Die Operation wurde in Lumbalanaesthesie im Scopolamin-Dämmerschlaf ausgeführt.

Klin. Verlauf: Im Verlauf der Reconvalescenz leichte Magen-Darmstörung, welche auf Diät prompt zurückgeht. Abgang des 1. Flatus am 3. Tag. Aufgestanden 2 Tage. Vom 2. Tag an in der ersten Woche als Nachwirkung der Narkose heftige Kopfschmerzen. Lokaler Befund: Sutura fest vernarbt. Uterus antevertiert, rechts neben dem Uterus dem Funduswinkel fest anliegend ein daumendicker Tumor; Stumpfexsudat.

Fall 18. B. Marie, Maurersfrau 32 Jahre. Verheiratet seit 9 Jahren.

Aufgenommen 6. VIII. 07. Entlassen 24. VIII.

Klin. Diagnose: Tubargravidität, Cystitis, Anaemie.

Anatom. Diagnose: Graviditas tubaria dextr.

Therapie: 13. VIII. Salpingo-oophorectomia dextra. Ausräumung des Haematocelenbettes.

Anamnese: Mutter gestorben an Milchfieber, Vater an Typhus. Ein Bruder gesund. Kinder 2, haben Rhachitis gehabt und Lungenentzündung, das ältere ist gesund, das jüngere kränkelt noch. Ehemann gesund. Vor einigen Jahren soll sie hier schon operiert worden sein.

Menstruation: Beginn mit 15 J., unregelmäßig alle 5—6 Wochen. Letzte Menstruation 1.—4. VI. 07. Entbindungen 2, letzte vor 2 Jahren spontan.

Aborte — Wochenbett normal. Patientin klagt über Obstipation. Seit 5 Wochen Brennen beim Urinieren, Aufstoßen, Drängen nach unten, Schmerzen im Unterleib und Kreuz, Kopfschmerzen, Schwäche, Wallungen.

In letzter Zeit hat sie auch stark abgenommen; außerdem besteht Fieber.

Status praesens: Knochenbau gracil, Musculatur, Panniculus adiposus gering Oedeme vor 2 J. während der Gravidität. Geschwollene Füße. Lunge o. B., Herz: ob. Rand der 4. Rippe, Mitte des Sternums, Spitzenstoß in der Mammillarlinie im 4. Intercostalraum. Systolisches Geräusch an der Mitralis 2 Pulmonalton etwas verstärkt.

Mammae: Fett-Drüsensubstanz mäßig.

Vagina: Schleimhaut rot; angedeutete Auflockerung. Kanal eng.

Uterus: Portio 2lippig unterhalb d. L. sp. Orificium ext. für Fingerkuppe eingängig, Corpus anteflectiert, etwas vergrößert, beschränkt beweglich, mäßig derb. R. Tube und Ovarium verdickt. Ein Tumor in der Gegend der r. Tube ist deutlich zu tasten.

Verlauf der Operation: Beginn 10^{45}. Nach Eröffnung des Peritonaeums 10^{48} stürzt dunkles frisches Blut in großen Mengen heraus, darunter größere und kleinere Blutgerinnsel. Das Haematocelenbett, welches sich rechterseits bis tief in den Beckenboden hinein erstreckt, wird ausgeräumt. Hierauf die rechtsseitige peritubare Haematocele, welche im ganzen einen faustgroßen derben Tumor bildet vor die Bauchhöhle entwickelt Abtragung der Tube vom freien Rand der Mesosalpinx aus, unter doppelter Umstechung der spermatica und sofortiger Versorgung der blutenden Stellen mit Klammern, der Schnittrand der Mesosalpinx wird hierauf mit Knopfnähten umsäumt und durch Auflegen der lig. rot. peritonisiert. Schluß der Bauchhöhle in üblicher Weise 11^{43}. Schluß der Op. 11^{50}.

Die Operation wurde zunächst in Lambulanaesthesie unter Scopolamin-Dämmerschlaf vorgenommen, da jedoch

das Peritonaeum sehr empfindlich war, mußte zur Chloroform-Äther-Narkose geschritten werden.

Klin. Verlauf: Am 2. Tage mittelstarke Kopfschmerzen. Abgang des 1. Flatus am 2. Tage, aufgestanden am 3. Tag. Wunde reaktionslos verheilt.

Fall 19. K. Anna, Monteursfrau, 32 Jahre. Seit 10 Jahren verheiratet.

Aufgenommen 9. IX. 07. Entlassen 28. IX. 07. Erfolg: geheilt.

Klin. Diagnose: Graviditas extrauterina dextra.

Anatom. Diagnose: Grav. extrautr. dextr.

Therapie (12. IX.): Salpingo-oophrectomia dextr. Appendectomia.

Eltern an Phthise gestorben, Geschwister gesund.

Kinder: eins totgeboren durch Perforation, das andere gesund.

Patientin hatte als Kind Diphtheritis, Augenentzündung, engl. Krankheit, später 3 mal Blinddarmentzündung, einmal als Mädchen, dann 1/4 Jahr nach dem partus.

Beginn der Menstruation mit 17 Jahren. Im 20. Jahre blieb sie einmal 1/2 Jahr aus, sonst regelmäßig. Letzte Menstruation 18. VIII. 07.

Entbindungen 2, letzte 29. XI. 06. 1. Kind 1903, 2. Kind durch Beckenschnitt in der hiesigen Klinik. Fehlgeburten keine.

Wochenbett: beim 2. Kind 8 Tage Fieber.

Stuhl hart, nur alle par Tage.

Urin o. B.

Ausfluß nach der Geburt 6 Wochen lang gelb.

Vor 3 Wochen Schmerzen im Unterleib, die nachher einen Tag wegbleiben, dann wieder eintraten und ununterbrochen bis jetzt bestanden; gleichzeitig traten Blutungen auf (helles nicht geronnenes Blut, später

wässrig, blutiger Ausfluß), die bis jetzt bestehen. Die Schmerzen waren hauptsächlich rechts, außerdem auch in der Medianlinie des Abdomens. Fast jeden Tag zweimal krampfartige Schmerzen, auch nachts sehr oft, in der letzten Zeit „steigt es nach oben“ und drückt auf die Brust, so daß Patientin kaum mehr Luft bekommen kann.

Status praesens: Mac Burney sehr stark empfindlich. Patientin eine Frau von mittlerem Ernährungszustand.

Lunge, Herz o. B.

Rechts an der Medianlinie fühlt man unter den Bauchdecken einen gut faustgroßen Tumor von derber Consistenz, der den oberen Rand des Schambeins einen Querfinger überragt, in der Beckeneingangsebene ziemlich unbeweglich feststeht.

Vagina: Schleimhaut blutig tingiert.

Portio in der Linea interspin. anteponiert; das kleine Becken ist nach rechts hin ausgefüllt von einem Tumor, der sich der Uteruskante breit einlagert und hinten bis an die hintere Beckenwand reicht, nach oben den oberen Schambeinrand ungefähr einen Querfinger überragt.

Der Tumor ist im Ganzen unbeweglich, vorwiegend von derber Consistenz bei leicht höckeriger Oberfläche; die linken Adnexe sind nicht tastbar infolge großer Druckempfindlichkeit, indessen ist die linke Beckenhälfte sicher frei von größeren Veränderungen.

Verlauf der Operation: Beginn 8^{30}. Eröffnung der Bauchhöhle 8^{33}. In der Bauchhöhle Blut in großer Menge, frei soviel in großen geronnenen Klumpen. Nach rechts ein faustgroßer, blau cystisch durchscheinender Tumor, der auf dem Beckenboden verwachsen ist, und zwar wird die Verwachsung aus mehr oder weniger organischem Blut gebildet. Nach

Lösung des Tumors resultiert ein großes zerfetztes Haematocelenbett. Abtragung des Tumors entlang des Mesosalpinx, dabei zeigt es sich, daß die Haematocele z. T. unter dem Peritonaeum nach der rechten Beckenseite hin entwickelt ist, so daß nach der Auslösung des Tumors eine breite, von Serosa entblöste Fläche hinterhalb des lig. lat. zurückbleibt. Abtragen des Appendix.

Da es in der Tiefe des Beckenbodens aus den gelösten Adhäsionen trotz der provisorischen Tamponade noch stärker blutet, so wird das hintere Scheidengewölbe auf der eingeführten Kornzange eröffnet; das Haematocelenbett locker tamponiert und zu der Öffnung hinausdräniert. Nach oben zu wird das Wundbett abgedacht durch Aufnahme des Uterus auf die vordere Beckenwand bezüglich des parietalen Peritonaeums der hinteren Beckenwand. Eine weitgehendere Verwendung des Rectums zu diesem Zweck muß nachträglich gelöst werden, da hierdurch zu starke Abknickung des Rectums bedingt wäre.

Schließung des Peritonaeums 10^{35}. Schluß der Operation in üblicher Weise 10^{40}. (Häufige Unterbrechung der Operation bedingt durch starkes Pressen bei mangelhafter Narkose, vorübergehende Exentration mehrfacher Darmschlingen!)

Klinischer Verlauf: Prima intentio. Kein Fieber, kein Erbrechen. Aufgestanden am 5. Tag, bei gutem Wohlbefinden entlassen.

Etwas bräunlicher Ausfluß besteht noch. Uterus infolge von Infiltrationen seitlich von ihm im Douglas in seiner Beweglichkeit eingeschränkt.

Fall 20. R. Theresia, Kaufmannsfrau, 31 Jahre. Verheiratet seit 8 Jahren.

Aufgenommen 25. IX. 07. Entlassen 4. X. 07. Erfolg: geheilt.

Klin. Diagnose: Graviditas extrauterina recent. rupta.

Anat. Diagnose: Ebenso.

Therapie 25. IX.: Abtragung des dem Reste der früher extirpierten l. Tube angehörigen Fruchtsackes. Suprasymphysarer Querschnitt.

Anamnese: Eltern, Geschwister, Kinder, Ehemann gesund.

Beginn der Menstruation mit 18 Jahren; bis zur Verheiratung immer regelmäßig alle 4 Wochen, schmerzlos 4—5 Tage dauernd. Seit der Verheiratung dauert sie 2—3 Wochen an, immer schmerzhaft mit großem Blutverlust, so daß Pat. nicht arbeiten konnte während dieser Zeit.

Entbindungen 4 (letzte 5. II. 07), 3 verlaufen normal, die letzte sollte nach Angabe der Patientin extrauterine Gravidität sein. Sie wurde operiert wegen Verblutung. Als Mädchen hatte Pat. Bleichsucht, sie war immer blutarm, vor 4 Jahren magenleidend, jetzt besser. Seit 7 Jahren klagt Patientin über Unterleibsschmerzen, die auf der linken Seite heftiger als auf der rechten waren. 5 Wochen ist die Regel ausgeblieben. Plötzlich traten jetzt Krämpfe im Unterleib ein. Pat. wurde schwach, anaemisch, mußte sich hinlegen und wurde sofort in die Klinik geschafft.

Narkosen-Befund: Uterus nur unbedeutend vergrößert, keine Resistenz seitlich vom Uterus.

Verlauf der Operation: Operation wird in Lumbalanaesthesie nach vorhergehender zweimaliger Scopolamin-Morphium-Injektion ausgeführt.

Beginn 7^{15}. Sehr feste, von der 1. Operation herrührende Fasciennarbe. Durch das Peritonaeum flimmert das Blut. Eröffnung des Perit. 7^{20}. Flüssiges Blut strömt im Strahl hervor. Uterus wird vorgezogen.

Rechter Adnex intakt. Tube schlank. Ovarium

etwas vergrößert. Der linken Tubenecke aufsitzend findet sich ein haselnußgroßer cystischer Sack, dessen Inneres Plazentarfetzen besitzt. Der Sack wird aus dem Uterus excidiert; das Bett vernäht und peritonisiert. Das flüssige Blut und die Blutcoagula werden nach Möglichkeit aus der Bauchhöhle ausgetupft. Tubensterilisation; auf der rechten Seite durch einfache Umstechung des Tubenendes, fortlaufende Peritonealnaht. Peritonaeum geschlossen 7^{33}, Bauchhöhle geschlossen 7^{39}.

Klinischer Verlauf: Abgang des 1. Flatus am 3. Tage. Pat. mußte 4 Tage hindurch katheterisiert werden. Aufgestanden am 2. Tage. Entlassen am 4. X.

Fall 21. H. Johanna, Oberkellnersfrau 30 Jahre, verheiratet seit 5 Jahren.

Aufgenommen 15. X. 07. Entlassen 31. X. 07. Erfolg geheilt.

Klin. Diagnose: Graviditas extrauterina rupta.

Anotom. Diagnose: Graviditas extrauterina dextra. Innerer Fruchtkapselaufbruch.

Therapie: 15. X. Salpingectomia dextr.

Anamnese: Eltern gesund, 7 Geschwister sind gesund; keine Kinder, Ehemann gesund. Vor 4 Jahren wurde bei der Patientin Alexander Adams Operation in Wiesbaden gemacht; als Mädchen Bleichsucht.

Menstruation: Beginn mit 13 Jahren, regelmäßig, 2 Tage dauernd mit mäßigem Blutverlust. Letzte Regel: Ende Juli. Vor $3^1/_2$ Jahren 1 Fehlgeburt. Patientin stürzte im sechsten Monat die Treppe herunter, wurde vom Arzt entbunden. Verlor ziemlich viel Blut. Wochenbett: fieberfrei.

Stuhl, Urin: ohne Beschwerden. Seit 8 Tagen Schmerzen im Unterleib, sehr viel Kopfschmerzen,

häufig Wallungen, Schwindel, Schweiße; Fieber. Vor der Alexander Adams Operation viel Kreuzschmerzen, seitdem weggegangen. Die Periode war seit Juli ausgeblieben; vor 8 Tagen spürte Patientin wie auf der linken Seite etwas platzte. Patientin hatte darauf sehr starke Schmerzen, sodaß sie nicht mehr gehen konnte. Dann ging Patientin zu einem Arzt, wurde erst mit Eisbeutel, Wärmflaschen und Tropfen behandelt usw.

Status praesens: Äußerst blasse Frau in gutem Ernährungszustand. Patientin wurde wegen großer Gefahr sofort operiert.

Operation: Beginn $6^1/_2$ p. m. suprasymph. Querschnitt. Peritonaeum schimmert blau durch. Eröffnung desselben 6^{34}; flüssiges, dunkles Blut. Uterus wird hervorgezogen und angeschlunden. Schwangerschaft gehört der rechten Tube an, die zu einem hühnereigroßen Tumor umgewandelt ist. Abstechung des lig. infund. pelv. Graviditas hat sich intraligamentös entwickelt. Gewebe sulzig ödematös. Abstechung des lig. rot. und des lig. latum. Abtragen des uterinen Tubenendes. Entfernung alles erreichbaren Blutes aus der Bauchhöhle. Linke Tube schlank. Ovarium beweglich. Trockenlegung des Operationsgebietes. Zum Schluß wird der Stumpf der extirpierten Tube peritonisiert. Peritonaeum geschlossen 6^{52}. Schluß der Operation 6^{59}.

Die Operation wurde in Lumbalanaesthesie nach vorhergehender zweimaliger Scopolamin-Morphium Injection ausgeführt.

Klin. Verlauf: Keine Nachwirkung von der Narkose. 2 Tage Fieber 38^6. Abgang des ersten Flatus am 2. Tage. Patientin steht am 11. Tag auf und wird als geheilt entlassen.

Fall 22. H. Rosa, Hausdienersfrau 33 J. Verheiratet seit Juli 1902.

Aufgenommen am 23. X. 07. Entlassen 10. XI. 07. Erfolg: geheilt.

Klin. Diagnose: Graviditas extrauterina dextr.

Anatom. Diagnose: Graviditas extrauterina sin.

Therapie: 23. X. 07. Salpingectomia sin.

Anamnese: Eltern, Geschwister gesund. Einen Sohn. gesund. Ehemann gesund. Patientin ist noch nie krank gewesen.

Menstruation: Beginn mit 16 J., regelmäßig alle 3—4 Wochen ohne besondere Beschwerden, viel Blutverlust; Dauer bis 10 Tage. Letzte Regel Ende Juli 1907. Entbindungen: eine. — Fehlgeburten keine. Wochenbett: fieberfrei.

Am 30. IX. bekam Patientin plötzlich kolikartige Schmerzen, die auf heiße Umschläge verschwanden. Einige Tage darauf stellten sich die Schmerzen wieder ein und von da ab war Patientin bettlägerig. Die Schmerzen ließen wieder etwas nach, wurden aber Montag wieder besonders stark, so daß sie die Klinik aufsucht.

Status praesens: Patientin kommt in die Klinik mit dem Zeichen hochgradiger Anaemie. Sie kollabiert auf dem Untersuchungstisch. Im Bett nach 1 Std. deutliche Zeichen zunehmender Anaemie, blasse Lippen frequenter Puls; kommt fast leblos zur Operation.

Verlauf der Operation: Beginn derselben 8^{58}. Eröffnung des Perit. 9^{00}. Hervorsprudeln von schwarzrotem, flüssigen Blut, daneben ältere Coagula. Schwangerschaft gehört der linken Tube an, entsprechend dem 2.—3. Monat. Tube wird durch mehrfache Umstechung exstirpiert. R. Tube schlank, Uterus vergrößert, sehr weich, mehr als gewöhnlich bei Tubar-

gravidität. Blutmassen werden soweit erreichbar aus der Bauchöhle getupft, was sehr lange Zeit in Anspruch nimmt, da immer von den Darmbeinschaufeln sich Blut ansammelt. Schluß des Peritonaeums 9^{20}. Schluß der Operation 9^{26}, wobei die extremste Anaemie des Gewebes auffällt. Es wurde Lumbalanaesthesie angewendet. Nach vorheriger Injektion von Scopolamin-Morphium.

Klin. Verlauf: Einmal trat Erbrechen auf; keine Kopfschmerzen. An den ersten 3 Tagen nach der Operation Fieber bis 38,1°. Mußte 2 Tage lang katheterisiert werden. Abgang des 1. Flatus am 3. Tag, aufgestanden am 3. Tag. Bei der Entlassung Wohlbefinden.

Narkosenbefund: Livide Verfärbung des Introitus. Scheide weit, Uterus vergrößert, entsprechend einer Schwangerschaft im 2.—3. Monat. R. vom Uterus ein faustgroßer, sehr empfindlicher, ziemlich harter Tumor; hinter dem Uterus undeutliche diffuse Resistenzen. Linke Beckenseite frei. Ganze Untersuchung sehr empfindlich. Bauch leicht aufgetrieben.

Fall 23. G. Emma 33 Jahre. 10 Jahre verheiratet.

Aufgenommen 7. XII. 07. Entlassen 22. XII. 07. Erfolg: geheilt.

Klin. Diagnose: Haematocele anteuterina.

Anatom. Diagnose: Haematocele sinistr.

Therapie: 10. XII. Salpingectomia sin.

Anamnese: Eltern, Vater gestorben an Phthise, Mutter gestorben an Altersschwäche. Geschwister 4. Kinder 4 leben; 2 gestorben an Keuchhusten. Ehemann gesund.

Patientin früher immer gesund, hat 6 mal geboren, das letzte Mal vor 4 Jahren. Periode war eine regel-

mäßige, letzte Menstruation 4.—6. X. Am 17. X. nachts erschrack Pat. sehr heftig daran, daß das Bett ihres Kindes Feuer fing, darauf führt sie die gleich darauf entstandenden Schmerzen im Leib und Blutabgang zurück. Das Blut war anfangs klumpig, nachher im Verlauf der nächsten Tage dünner. Seit dieser Zeit blutet Patientin fast dauernd wenig und mit Pausen von 1—2 Tagen; sie hat immer Schmerzen im Leib, einen schlechten Geschmack im Mund. Drängen nach unten. Frösteln; 2 mal mußte sie auch brechen.

Status praesens: Gut genährte blasse Frau. Lunge, Herz o. B. Leib: alte Striae, vorgewölbte Mitte nicht pigmentiert.

Mammae: Fettsubstanz schlecht, Drüsensubstanz gut, Warzen gut abgesetzt. Inhalt: Colostrum, Warzenhof wenig pigmentiert.

Vulva o. B. Vagina: Schleimsubstanz blaurot aufgelockert. Uterus: Portio Zapfenförmig. Orificium extern.: narbig. Corpus: anteflectiert, stark faustgroß, Supracervicale Erweichung.

Verlauf der Operation: Beginn 10^{38}. Peritonaeum schimmert blau durch; Eröffnung 10^{41}. In der Bauchhöhle dunkles Blut und Coagula. Uterus retrovertiert, hinten breit verwachsen. Schwangerschaft gehört der linken Tube an. Linke Tube wird entfernt. Der Tubenstumpf wird dadurch versorgt, daß die Ränder des Haematocelensackes darauf vernäht werden. Ein zweiter Abschluß der Bauchhöhle wird durch Vernähen des Netzes mit der Blase erzielt. Peritonaeum geschlossen 10^{55}. Schluß der Bauchdecken in üblicher Weise 11^{05}. Operation wird in Lumbalanaesthesie ausgeführt.

Klin. Verlauf: Kein Fieber, kein Erbrechen, geringe Kopfschmerzen. Abgang des ersten Flatus am 2. Tag. Pat. stand am 2. Tag auf. Prima Intentio.

Wenn wir die 23 Fälle von Extrauteringravidität kritisch betrachten, so sehen wir, daß in allen Fällen plötzlich Schmerzen auftraten, die entweder als wehenartig, oder ziehend oder krampfartig geschildert werden. In 5 Fällen haben die Kranken den Abgang einer Decidua beobachtet, in den übrigen Fällen konnten sie darüber nichts berichten. In 2 Fällen ging per vaginam kein Blut ab; beide Kranke kamen jedoch mit den Zeichen der größten Anaemie in die Klinik. Bei den übrigen war die Blutung von intermittierendem Charakter; teils gering, teils stärker. Hochgradigste Anaemie bestand bei 6 Patientinnen. Bei 10 Frauen ist die Periode ausgeblieben, bei 9 von ihnen einmal, bei 2 zweimal, bei einer dreimal. Bei 5 Frauen schloß sich die Blutung direkt an die Periode an: „die Periode hat nicht aufgehört." 8 Patientinnen klagten über Schmerzen beim Stuhlgang in letzter Zeit, 2 über Brennen beim Urinieren. In 20 Fällen wurde die Diagnose-Tubargravidität durch die Operation bestätigt, wobei jedoch 2 mal die Gravidität auf die falsche Seite verlegt wurde. 83 mal wurde die Diagnose nicht gestellt, einmal wurde ein tuberkulöser Ovarialtumor bei einem Cystoma multiforme der anderen Seite diagnostiziert, das zweite Mal Uterus myomatosus, das dritte Mal Pyosalpinx sept. post abortum. 6 mal wurde bei ähnlichen Symptomen wie bei Extrauteringravidität diese Diagnose nicht bestätigt. Als Symptome, die die Fehldiagnose veranlaßten, sind zu nennen: plötzliche krampfartige oder wehenartige Schmerzen, intermittierende Blutung, einmal hochgradige Anaemie, Sistieren der Periode oder nicht „Aufhören wollen," ferner als Untersuchungsbefund stets ein derber bis derbweicher Tumor von Hühnerei- bis Faustgröße. Insgesamt also bei 29 operierten Fällen 9 Fehldiagnosen = 31 %. In 7 Fällen, die alle im Jahre 1905

zur Operation kamen, wurde die Chloroformaethernarkose verbunden mit Scopolamin-Dämmerschlaf angewandt, in den übrigen Fällen die Lumbalanaesthesie ebenfalls mit Scopolamin-Dämmerschlaf. Bei 3 Frauen versagte die Lumbalanaesthesie und es mußte nachträglich noch zur Chloroformaethernarkose gegriffen werden. Die Vorbereitung zur Operation dauerte im Durchschnitt 2 Stunden und diesem Umstand ist es zuzuschreiben, daß ein Fall, der mit starker Anaemie in die Klinik kam, verschied, ehe er zur Operation kam. Die Operation währte im Durchschnitt 41 Minuten, das Peritonaeum war im Durchschnitt 21 Minuten eröffnet. Fünf Patientinnen wurden noch am Tage der Einlieferung in die Klinik operiert; 15 in der ersten Woche, eine am 10. Tag, eine am 12. Tag, eine am 15. Tag. Jedesmal wurde das erkrankte Tubenstück entfernt, 2 mal die ganze Tube exstirpiert, 8 mal wurde das Ovarium mitentfernt, teils weil es cystisch degeneriert war, teils weil es mit der Tube vollständig zu einem Tumor verbacken war. 16 mal fand sich Blut in der freien Bauchhöhle. Einmal wurde versucht, die Haematocele vaginal auszuräumen, doch da die starke Blutung nicht sofort zu stillen war, mußte sofort noch die Laparatomie angeschlossen werden. Da es in der Tiefe des Beckenbodens trotz provisorischer Tamponade einmal noch blutete, so wurde zur Vagina hinausdrainiert. 10 mal wurde eine sorgfältige Toilette der Bauchhöhle ausgeführt. Nach der Operation trat bei 4 Patientinnen einmal Erbrechen auf, bei weiteren 4 hielt es ein bis 2 Tage an. Geringes Fieber wurde in den ersten Tagen 8 mal beobachtet. Bei 5 Frauen mußte einen Tag katheterisiert werden, bei zweien 2 Tage, bei einer 4 Tage. Die Frauen stehen im Durchschnitt am 3.—4. Tage auf; sie hielten sich im Durchschnitt 3 Wochen in der Klinik auf. Alle operierten Fälle wurden geheilt entlassen.

Diese Erfolge bei der Behandlung der Extrauteringravidität müssen wir, abgesehen von der segensreichen Wirkung der Lumbalanaesthesie, der Indicationsstellung an der Freiburger Klinik zuschreiben. Diese operiert bei Verdacht auf Extr.-Gravidität in allen Fällen und zwar bei schleichender und acuter Anaemie, bei dauernden Beschwerden irgend welcher Art und bei unsicherer Diagnose.

Wenn unsern operativen Erfolgen die Erfolge der exspect. Therapie entgegen gehalten werden, so ist zu bedenken, daß die Mißerfolge so selten sind, weil jederzeit, wenn es kritisch wird, operiert wird. Der Mißerfolg wird dann der operativen Therapie zur Last gelegt, während er doch nur der exspectativen Therapie zuzuschreiben ist, denn sie hat den günstigsten Zeitpunkt zur Operation verstreichen, hat die Haematocele verjauchen lassen; und was Wunder, wenn die durch die lange Bettruhe und durch das Fieber heruntergekommene, elende Patientin auch durch die Operation nicht mehr gerettet werden kann. Wenn Spencer behauptet, daß $^3/_4$ der Patientinnen keiner Operation bedürfen, so mag das wohl zutreffen; er wird jedoch, wenn er stets operiert, viele Todesfälle von dem übrig bleibenden Viertel vermeiden können.

Solange das konservative Vorgehen die Gefahr der Verjauchung und Nachschübe von neuem Blut nicht zu verhindern vermag, kann es einer strengen Indicationsstellung nicht stand halten. Vollends ausschalten müßte man sie, wenn man die Erfolge bei „prinzipiellem Operieren“ überblickt. Nicht nur daß die Mortalität eine außerordentlich geringe, fast null ist, auch sonst ist der Erfolg mindestens nicht schlechter, teilweise sogar besser, als bei der exspect. Therapie. Küstner sah unter 50 laparatomierten Fällen 48 ihre volle Arbeitsfähigkeit wieder erlangen; Fromme 24

unter 27. Von den 3 rührten die Schmerzen, teils von Retroflexio uteri (2) teils von Para- und Perimetritis her. Was die Empfängnisfähigkeit anlangt, so stehen nach einer Statistik von Engström die Operierten nicht schlechter da als die Konservativ behandelten.

Wie bereits erwähnt, wählt die Freiburger Klinik fast stets von den operativen Methoden die Laparatomie. Der vaginale Weg, bei dem das Auge vollkommen ausgeschaltet wird, ist ihr zu unsicher. Es kommen Nebenverletzungen vor (Olshausen), die zur Entfernung des Uterus zwingen, oder die blutende Stelle liegt so versteckt, das sekundär doch noch eröffnet werden muß, wodurch der Vorteil des vaginalen Vorgehens illusorisch gemacht wird. So war es auch in dem einzigen Fall wo wieder einmal die Colpotomia versucht wurde. Gegenüber diesen relativ häufigen Möglichkeiten und in Anbetracht unserer Erfolge und des heutigen Standes der Asepsis kann bei unserer Indicationsstellung die vaginale Methode kaum ernstlich in Betracht gezogen werden.

Aus dem Gesagten und aus der Statistik geht hervor, daß die Indicationsstellung an der Freiburger Klinik die beste Gewähr bietet, die Patientinnen schnell und sicher von ihrem Leiden zu befreien.

Herrn Prof. Dr. Krönig bin ich für die freundliche Überlassung dieser Arbeit zu Dank verflichtet; ebenso Herrn Dr. Gauss für seine Unterstützung.

Lebenslauf.

Ich wurde am 6. August 1884 zu Miloslaw, Kr. Wreschen, als Sohn des Kaufmanns Abraham Brünn geboren. Nach vierteljähriger Vorbereitung trat ich Ostern 1895 in die Quinta des Königl. Friedrich-Wilhelmsgymnasium zu Posen ein, wo ich Ostern 1903 das Reifezeugnis erhielt. Ich studierte darauf 8 Semester in Berlin Medizin, und 2 Semester in Freiburg i. Br. Im Wintersemester 1905/06 bestand ich die ärztliche Vorprüfung, im Mai 1908 die ärztliche Prüfung. Im Winterhalbjahr 1905/06 erfüllte ich meine Dienstpflicht mit der Waffe beim Königl. Garde-Füselier-Regiment zu Berlin. Als Medicinalpraktikant bin ich tätig gewesen: Vom 1. Juli 08 bis 1. Oktober 08 an der inneren Abteilung des städt. Krankenhauses zu Danzig, vom 1. Oktober 08 bis 1. April 09 an der Pathologischen Anstalt der Stadt Magdeburg, vom 1. April 09 bis 1. Juli 09 an der Kahlenberg-Stiftung zu Magdeburg.